

# ANEXO VII - MODELOS DE LAUDOS

## INGRESSO UFCSPA Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Visual**  
**A ser preenchido pelo médico**

### Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA - Deficiência Visual

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

#### Laudo Médico (restrito ao médico)

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, candidato(a) ao curso de \_\_\_\_\_, é considerado (a) pessoa com deficiência por apresentar a (s) seguinte (s) condição (es):

#### Deficiência Visual

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- baixa visão: visão monocular (Conforme a Súmula AGU n° 45 de 14/09/2009).
- somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho Esquerdo: \_\_\_\_\_ Olho Direito: \_\_\_\_\_

Resultado da Campimetria Visual (em graus):

\_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a Campimetria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

N° do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso SISU UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
**Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD**  
**Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com Deficiência Física**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA – Deficiência Física**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

Laudo médico (restrito ao médico)

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao PPG \_\_\_\_\_, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de (assinalar abaixo):

- paraplegia  
 paraparesia  
 monoplegia  
 monoparesia  
 triplegia  
 triparesia  
 tetraplegia  
 tetraparesia  
 hemiplegia  
 hemiparesia  
 ostomia  
 nanismo  
 amputação ou ausência de membro(s)  
 paralisia cerebral  
 membro(s) com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Descrever abaixo as funcionalidades e/ou comprometimentos de membro(s) que justifique(m) a(s) deficiência(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Intelectual ou Mental**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA – Deficiência Intelectual ou Mental**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo Médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de **seleção para o ingresso** na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **candidato(a) ao curso de** \_\_\_\_\_, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (*assinalar as áreas limitadas*):

( ) comunicação    ( ) cuidado pessoal    ( ) habilidades sociais    ( ) saúde e segurança    ( ) lazer    ( ) trabalho  
( ) habilidades acadêmicas    ( ) utilização dos recursos da comunidade

- A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não
- Qual a idade de início da deficiência? \_\_\_\_\_ anos
- A inteligência do candidato, aferida pelo teste \_\_\_\_\_, situa-se significativamente abaixo dos parâmetros da normalidade, com Quociente de Inteligência (QI) firmado em \_\_\_\_\_, a partir da avaliação psicológica.

Nome do(a) profissional que realizou a testagem psicométrica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Múltipla**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA - Deficiência Múltipla**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo Médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de seleção para o ingresso na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, candidato(a) ao curso de \_\_\_\_\_, é considerado (a) pessoa com deficiência por apresentar a(s) seguinte(s) condição(es):

**[ ] Deficiência Física**

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de (assinalar abaixo):

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> paraplegia                         | <input type="checkbox"/> triplegia          | <input type="checkbox"/> paraparesia |
| <input type="checkbox"/> triparésia                         | <input type="checkbox"/> monoplegia         | <input type="checkbox"/> monoparesia |
| <input type="checkbox"/> tetraplegia                        | <input type="checkbox"/> tetraparesia       | <input type="checkbox"/> hemiplegia  |
| <input type="checkbox"/> nanismo                            | <input type="checkbox"/> hemiparesia        | <input type="checkbox"/> ostomia     |
| <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro(s) | <input type="checkbox"/> paralisia cerebral |                                      |
- membro(s) com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Descrever abaixo as funcionalidades e/ou comprometimentos de membro(s) que justifique(m) a(s) deficiência(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Deficiência auditiva**

perda bilateral (parcial ou total), de quarenta e um decibéis (41 dB) ou mais, aferida pela média aritmética no audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

Resultado do exame de audiometria (completo):

**Orelha Esquerda**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 hZ	dB
Média	dB

**Orelha Direita**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 Hz	dB
Média	dB

Resultado descritivo da audiometria:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a Audiometria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

N° Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Deficiência Visual**

( ) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

( ) baixa visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

( ) baixa visão: visão monocular (Conforme a Súmula AGU nº 45 de 14/09/2009).

( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho Esquerdo: \_\_\_\_\_ Olho Direito: \_\_\_\_\_

Resultado da Campimetria Visual (em graus):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do(a) Profissional que realizou a Campimetria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Deficiência Intelectual ou Mental**

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (assinalar as áreas limitadas):

( ) comunicação ( ) cuidado pessoal ( ) habilidades sociais ( ) saúde e segurança

( ) lazer ( ) trabalho ( ) habilidades acadêmicas ( ) utilização dos recursos da comunidade

• A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não

• Qual a idade de início da deficiência? \_\_\_\_\_ anos

• A inteligência do candidato, aferida pelo teste \_\_\_\_\_, situa-se significativamente abaixo dos parâmetros da normalidade, com Quociente de Inteligência (QI) firmado em \_\_\_\_\_, a partir da avaliação psicológica.

Nome do(a) profissional que realizou a testagem psicométrica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

**[ ] Transtorno do Espectro Autista**

É considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos:

( ) I – deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por:

( ) deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social;

( ) ausência de reciprocidade social;

( ) falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento.

( ) II – padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades manifestados por:

( ) comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns;

( ) excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados;

( ) interesses restritos e fixos.

Qual a idade de início das manifestações clínicas? \_\_\_\_\_ anos

Descrever abaixo as áreas ou funcionalidades que justifiquem o diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por isso, a patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças(CID): \_\_\_\_\_

Nome do(a) profissional que emitiu o laudo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data do laudo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado(UF): \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso SISU UFCSPA.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

**INGRESSO UFCSPA**  
Modalidades LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Espectro Autista**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA – Espectro Autista**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

Atesto, para fins de **seleção para o ingresso** na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **candidato(a) ao curso de \_\_\_\_\_**, é considerado (a) pessoa com transtorno do espectro autista, sendo portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos:

( ) I – deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e **das interações sociais**, manifestada por:

( ) deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social;

( ) ausência de reciprocidade social;

( ) falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento.

( ) II – padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades manifestados por:

( ) comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns;

( ) excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados;

( ) interesses restritos e fixos.

Qual a idade de início das manifestações clínicas? \_\_\_\_\_ anos

Descrever abaixo as áreas ou funcionalidades e aptidões que justifiquem o diagnóstico:

Por isso, a patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças(CID11): \_\_\_\_\_

Nome do(a) profissional que emitiu o laudo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data do laudo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: "dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)" ou "fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)"

**Nome do(a) Médico(a):** \_\_\_\_\_

**Nº do Registro no Conselho Profissional:** \_\_\_\_\_ **Estado (UF):** \_\_\_\_\_

**Carimbo e Assinatura:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

Rua Sarmiento Leite, 245, centro histórico, Porto Alegre (RS), 90050-170 – Tel. (51) 3303 8700 – www.ufcspa.edu.br