



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

## 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 curso de \_\_\_\_\_**, 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

triparésia

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) se **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**:

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 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)**