



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSA

**INGRESSO UFCSA**  
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 UFCSA – 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 nº \_\_\_\_\_, **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"/> triparesia                         | <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
<b>Média</b>	dB

**Orelha Direita**

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 Hz	dB
<b>Média</b>	dB

**Resultado descritivo da audiometria:**

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

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

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº 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 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)