



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 **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)