



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
ANEXO VI – MODELO DE LAUDO PARA DEFICIÊNCIA VISUAL

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)