



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSA

**INGRESSO UFCSA**  
**GRUPO 4 – G4**

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 Graduação da UFCSA – Deficiência Física**

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 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
- 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 quais são as funções prejudicadas:

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

A patologia está codificada sob o 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 Médico: \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

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

- Autorizo as informações contidas neste laudo médico e a divulgação do Código Internacional de Doenças(CID):

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