

**INGRESSO UFCSPA**

GRUPO 4 – G4

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 Graduação da UFCSPA – Deficiência múltipla**

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 a (s) seguinte (s) condição (ões):

[] **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 quais são as funções prejudicadas:

A patologia está codificada sob o 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.

Orelha Esquerda

Orelha Direita

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 hZ	dB
Média	dB

Frequência	Decibéis (dB)
500 Hz	dB
1.000 Hz	dB
2.000 Hz	dB
3.000 Hz	dB
Média	dB

A patologia está codificada sob o CID: _____

Resultado da Audiometria:

Nome do(a) Profissional: _____

Profissão: _____ Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: ____/____/____

[] **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.

somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

A patologia está codificada sob o CID: _____

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: _____

Profissão: _____ Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: ____/____/____

[] **Visão monocular**

Conforme a Súmula AGU nº 45 de 14/09/2009.

A patologia está codificada sob o CID: _____

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho Esquerdo: _____ Olho Direito: _____

Resultado da Campimetria Visual:

Nome do(a) Profissional: _____

Profissão: _____ Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: ____/____/____

[] **Deficiência 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: _____ Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: ____/____/____

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob o 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

A patologia que deu origem à deficiência 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