



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

INGRESSO UFCSPA
GRUPO 4 – G4

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa no **Espectro Autista**
A ser preenchido pelo médico

Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de 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 n° _____, **candidato 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

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: _____

N° 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