



INGRESSO UFCSPA GRUPO 4 – G4

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **deficiência auditiva**
A ser preenchido pelo médico

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 ao curso de** _____, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar 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

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

Orelha Direita

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: _____

N° Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: _____

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