



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

INGRESSO UFCSPA

Modalidades G4, LB_PCD e LI_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Intelectual ou Mental**

A ser preenchido pelo médico

Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Graduação da UFCSPA – Deficiência Intelectual ou Mental

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 nº _____, **candidato(a) ao curso de** _____, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar 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: _____

Nº Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: _____/_____/_____

A patologia que deu origem à deficiência 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): _____

Nº 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
https://ufcspa.edu.br/documentos/graduacao/SISU/2025/22_Laudo_Deficincia_Auditiva_2025.pdfUFCSPA.

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

(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)

Rua Sarmiento Leite, 245, centro histórico, Porto Alegre (RS), 90050-170 – Tel. (51) 3303 8700 – www.ufcspa.edu.br