



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 Visual**  
**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Graduação da UFCSPA – Deficiência Visual**

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 a (s) seguinte (s) condição (es):

**[ ] 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.
- ( ) baixa visão: visão monocular (Conforme a Súmula AGU nº 45 de 14/09/2009).
- ( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

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 que realizou a Campimetria: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia 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 UFCSPA.

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

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