

ANEXO VIII

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Auditiva** **A ser preenchido pelo médico**

Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-Graduação da UFCSPA – Deficiência Auditiva

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 perda unilateral total ou perda bilateral (parcial ou total) de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz

Resultado do exame de audiometria (completo):

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

Resultado descritivo da Audiometria completa:

Nome do(a) Profissional que realizou a audiometria: _____

Profissão: _____

Nº 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 SISU UFCSPA.

Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal
(Obrigatória as assinaturas físicas, MANUSCRITAS - não utilizar assinatura digital ou digitalizada)