

ANEXO VI
MODELOS DE LAUDOS

INGRESSO UFCSPA
Modalidades LB_PCD e LI_PCD

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 n° _____

_____, **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: _____

N° 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): _____

N° 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 as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

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

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

INGRESSO UFCSPA

Modalidades LB_PCD e LI_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Física**

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 Física

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(a) ao curso de _____**, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de (assinalar abaixo):

- paraplegia
- paraparesia
- monoplegia
- monoparesia
- triplegia
- triparesia
- tetraplegia () tetraparesia () hemiplegia () hemiparesia () ostomia
- nanismo
- amputação ou ausência de membro(s) () paralisia cerebral
- membro(s) com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Descrever abaixo as funcionalidades e/ou comprometimentos de membro(s) que justifique(m) a(s) deficiência(s) se **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**:

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): _____

N° 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 as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

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

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

INGRESSO UFCSPA
Modalidades 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 Pós-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 as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

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

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

INGRESSO UFCSPA
Modalidades LB_PCD e LI_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Múltipla**
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 Múltipla

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(a) ao curso de** _____, é considerado (a) pessoa com deficiência por apresentar a(s) seguinte(s) condição(es):

[] Deficiência Física

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de (assinalar abaixo):

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> paraplegia | <input type="checkbox"/> triplegia | <input type="checkbox"/> paraparesia |
| <input type="checkbox"/> triparesia | <input type="checkbox"/> monoplegia | <input type="checkbox"/> monoparesia |
| <input type="checkbox"/> tetraplegia | <input type="checkbox"/> tetraparesia | <input type="checkbox"/> hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> nanismo | <input type="checkbox"/> hemiparesia | <input type="checkbox"/> ostomia |
| <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro(s) | <input type="checkbox"/> paralisia cerebral | |

membro(s) com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Descrever abaixo as funcionalidades e/ou comprometimentos de membro(s) que justifique(m) a(s) deficiência(s):

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

[] Deficiência auditiva

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.

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:

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

Profissão: _____

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

A patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

[] 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 n° 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): _____

[] Deficiência Intelectual ou Mental

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): _____

[] Transtorno do Espectro Autista

É considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos:

() I – deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação 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

Descrever abaixo as áreas ou funcionalidades que justifiquem o diagnóstico:

Por isso, a patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

Nome do(a) profissional que emitiu o laudo: _____

Profissão: _____

Nº Registro no Conselho Profissional: _____ Data do laudo: ____/____/____

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 as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

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

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

INGRESSO UFCSPA
Modalidades 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 Pós-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 n° _____, **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 n° 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): _____

N° 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 as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

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

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

INGRESSO UFCSPA
Modalidades LB_PCD e LI_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Espectro Autista**
A ser preenchido pelo médico

Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Pós-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(a) 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

Descrever abaixo as áreas ou funcionalidades e aptidões que justifiquem o diagnóstico:

Por isso, a patologia está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças(CID11): _____

Nome do(a) profissional que emitiu o laudo: _____

Profissão: _____

N° Registro no Conselho Profissional: _____ Data do laudo: __/__/____

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): _____

N° 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 as Comissões de Avaliação de Ingresso na Pós-Graduação da UFCSPA.

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

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