



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

### INGRESSO UFCSPA 2020

Modalidades L9, L10, L13 e L14

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 Graduação da UFCSPA – Deficiência Física**

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 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
- tri paresia
- 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 quais são as funções prejudicadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A patologia está codificada sob o 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 Médico:** \_\_\_\_\_

**Nº 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