



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSA

INGRESSO UFCSA 2020

Modalidades L9, L10, L13 e L14

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **deficiência mental**

A ser preenchido pelo médico

Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Graduação da UFCSA– Deficiência 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 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 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