



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

INGRESSO UFCSPA 2020

Modalidades L9, L10, L13 e L14

A ser preenchido pelo médico

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

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): _____

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 a (s) seguinte (s) condição (ões):

[] 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.

() somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°.

A patologia está codificada sob o CID: _____

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: _____

Profissão: _____ Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: ____/____/____

[] Visão monocular

Conforme a Súmula AGU nº 45 de 14/09/2009.

A patologia está codificada sob o CID: _____

Resultado da Acuidade Visual Bilateral (com a melhor correção óptica) em 20/xxx:

Olho Esquerdo: _____ Olho Direito: _____

Resultado da Campimetria Visual:

Nome do(a) Profissional: _____

Profissão: _____ Registro no Conselho Profissional: _____ Data da realização: ____/____/____

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