

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

Nome do(a) Candidato(a): _____

Curso: _____

CPF: _____

Laudo Médico (restrito ao médico)

Atesto, para fins de ingresso na Universidade Federal do Rio Grande do Sul que o(a) candidato(a)

Identidade nº _____, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar a(s) seguinte(s) condição(ões):

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"/> paraparesia | <input type="checkbox"/> monoplegia | <input type="checkbox"/> monoparesia |
| <input type="checkbox"/> triplegia | <input type="checkbox"/> triparesia | <input type="checkbox"/> tetraplegia | <input type="checkbox"/> tetraparesia |
| <input type="checkbox"/> hemiplegia | <input type="checkbox"/> hemiparesia | <input type="checkbox"/> ostomia | <input type="checkbox"/> nanismo |
| <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro(s) | | | |
| <input type="checkbox"/> paralisia cerebral | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 que deu origem à deficiência está codificada sob o 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.

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

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob o CID: _____

Resultado da Audiometria:

Nome do(a) Profissional: _____

Profissão: _____

Nº Registro no Conselho Profissional: _____

Data da realização: _____

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 que deu origem à deficiência 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:

Nº Registro no Conselho Profissional:

Data da realização:

Visão monocular

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

A patologia que deu origem à deficiência 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:

Nº Registro no Conselho Profissional:

Data da realização:

Deficiência 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 o 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

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob o CID: _____

- Autorizo as informações contidas neste laudo médico e a divulgação do Código Internacional de Doenças (CID):

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

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____.