
Avaliador _____
Endereço _____
Bairro _____
CEP _____
Cidade/Estado _____

ATESTADO DE FUNCIONALIDADE

Atesto que _____, portador da Cédula de Identidade _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____ foi submetido à avaliação funcional nesta data e classificado com as seguintes alterações e deficiências das funções corporais na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

| CID 10 | FUNÇÕES DO CORPO | ESTRUTURAS DO CORPO | ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO | FATORES AMBIENTAIS |
|--------|------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|
| | | | | |

(preencher com os códigos referentes aos achados do paciente)

Assim, em decorrência do presente achado, _____, candidato ao Processo Seletivo para Ingresso nos Cursos de Graduação ofertados pela Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, possui grau de disfunção/incapacidade compatível com as especificações para concorrer a uma vaga especial conforme Edital nº02/12 - NC, por apresentar a(s) seguinte(s) deficiências/incapacidades:

(Descrever os códigos)

Em relação as deficiências das funções do corpo os domínios classificados foram:

- b _____ Funções _____
 - b _____
- b _____ Funções _____
 - b _____

Em relação as deficiências das estruturas do corpo os domínios classificados foram:

- s_____ Estrutura _____
 - s_____

Em relação as limitações de atividades e restrições a participação dos domínios classificados foram:

- d_____
 - d_____
 - d_____
- d_____
 - d_____
 - d_____
 - d_____
- d_____
 - d_____
 - d_____

_____, 2012.

Assinatura do Avaliador
Carimbo com nome e Conselho Profissional

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o _____ a registrar a funcionalidade, pela CIF _____, neste presente atestado de funcionalidade.

Assinatura do Paciente

Nome _____, Cédula de Identidade-RG
n° _____