

ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino

Identidade nº _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Responsável (Representante legal): _____

Endereço: _____

Bairro _____

Cidade _____ CEP: _____ UF: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos sejam necessários)
---------------------	--

Deficiência física*	Descrição detalhada da deficiência:
---------------------	-------------------------------------

Deficiência visual *	
----------------------	--

*observar as instruções deste anexo.

OBS: É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Nome: _____
Endereço: _____

Assinaturas
Carimbo e registro do CRM

Unidade Emissora do Laudo
Identificação: _____
CNPJ: _____
Nome e CPF do responsável: _____
Assinatura do responsável
