

ANEXO II AO DECRETO Nº 13.558, DE 18 DE JANEIRO DE 2013.

ANEXO II AO DECRETO Nº 13.525, DE 6 DE DEZEMBRO 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 <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
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 quantos sejam necessários)
Deficiência física* <input type="checkbox"/> Deficiência visual* <input type="checkbox"/> *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.	Descrição detalhada da deficiência:

Nome: _____
Endereço: _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM _____
--

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