

ANEXO II - LAUDO DE AVALIAÇÃO**DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL****LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL**

Serviço Médico/Unidade de Saúde:

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:

Data de Nascimento: / /

Sexo: Masculino

Feminino

Identidade n.

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 item 177 do Anexo I do RICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080, de 28 de setembro de 2012, 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)
<p>Deficiência física Deficiência visual</p> <p>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.</p> <p>É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações, ou que apresente visão monocular (Lei n. 16.945/2011);</p>	<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>

Nome:

Endereço:

Unidade Emissora do Laudo
Identificação:

CNPJ:

Nome e CPF do responsável:

Assinatura do responsável

Assinatura
Carimbo e registro do CRM