

**ANEXO III**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**

(a que se refere o inciso II do artigo 1º da Portaria CAT XX/13)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade nº _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____
Fone: _____	Email: _____	

Atestamos para a finalidade de concessão do benefício previsto no artigo 19 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 45.490, de 30 de novembro de 2000, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Código Internacional de Doenças CID-10:</b> (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
Deficiência física* <input type="checkbox"/> Deficiência visual* <input type="checkbox"/> *observar as instruções deste anexo.	Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____

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

**INSTRUÇÕES DO ANEXO III**

**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA A AQUISIÇÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO ARTIGO 19 DO ANEXO I DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490, DE 30-11-2000.**

**DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL (1)**

(Definições de acordo com o Decreto Federal 3.298, de 20-12-1999, e CID-10)

**DEFINIÇÕES**

I - deficiência física - É considerada pessoa com 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, triplicia, triparisia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

(1) Observação: A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência