

ANEXO DO DECRETO Nº 14.283, DE 21 DE OUTUBRO DE 2015.

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	Sexo 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 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, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, 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
------------------------------------	--	--