

ANEXO II DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 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

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*

Deficiência visual *

Descrição detalhada da deficiência:

*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.

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura
Carimbo e registro do CRM

Unidade Emissora do Laudo
Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável: _____

Assinatura do responsável