

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: <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 inciso VI do art. 4º da Lei nº 8.115, de 30 de dezembro de 1985, 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)	
<input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*)		
<input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL (*)		
Descrição Detalhada da Deficiência (*). Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo		
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
		Nome:
		CNPJ:
		Responsável:
		CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade:	

LAUDO DE AVALIAÇÃO - DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

CPF:

 PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, onde constatou-se que, para fins de ISENÇÃO DE IPVA, o mesmo é portador de DEFICIÊNCIA FÍSICA, apresentando alteração completa ou parcial do(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano:

CABEÇA PESCOÇO TRONCO MEMBROS INFERIORES MEMBROS SUPERIORES

A(s) alteração(ões) acima ACARRETAM O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO SEGMENTO AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, ainda que de forma parcial, APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE:

paraplegia paraparesia monoplegia monoparesia
 tetraplegia tetraparesia triplegia triparésia
 hemiplegia hemiparesia paralisia cerebral amputação ou ausência de membro

membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida, sendo que tal deformidade NÃO É DE ORIGEM ESTÉTICA e resulta em DIFICULDADE para o desempenho das funções do MEMBRO deformado, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, ainda que de forma parcial.

□PORTADOR DE DEFICIÊNCIA VISUAL

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica onde constatou-se que, para fins de ISENÇÃO DE IPVA, o interessado é portador de DEFICIÊNCIA VISUAL, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:

acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção

campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen)

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL, Anexo J-7 da IN DRP nº 45/98, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/90, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Código Penal.

Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
		Nome:
		CNPJ:
		Reponsável:
		CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade:	