

ANEXO ÚNICO

"ANEXO III
Laudo Pericial Deficiência Física e/ou Visual

(a que se refere o inciso II do artigo 1º da Portaria CAT 18/13)

Data de emissão: ____ / ____ / ____

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: Masculino	Feminino
Identidade nº :	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		

2. LAUDO PERICIAL

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12 que o requerente retroqualificado tem a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequelas)	
Deficiência Física (*)	Patologias: _____	Sequelas: _____
Deficiência Visual (*)	Patologias: _____	Sequelas: _____

Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo

O periciado apresenta:

1. déficit funcional em membro superior esquerdo superior direito inferior esquerdo inferior direito, com limitação dos movimentos de: _____

2. decorrente de: _____

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Unidade Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo	

Informações Complementares - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

DEFICIÊNCIA FÍSICA

Pessoa com Deficiência Física^{IV}

O interessado acima identificado foi submetido à perícia perante esta junta médica, na qual se constatou que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, o mesmo possui deficiência física^V no(s) seguinte(s) segmento(s) do corpo humano:

(Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)

Cabeça Pescoço Tronco Membros Inferiores Membros Superiores

A(s) alteração(ões) acima acarreta(m) o comprometimento da função física do segmento afetado, representando uma perda ou anormalidade que gera:

Y incapacidade total para dirigir veículo automotor

Y incapacidade parcial para dirigir veículo automotor convencional, exigindo as seguintes adequações de acordo com o anexo XV da Resolução Contrans nº 425/12:

C D E F G H I J K L M N O P Q R S

Outra – especificar detalhadamente: _____

apresentando-se sob a forma de

(Assinalar ao menos uma das formas abaixo):

Paraplegia Monoparesia Triplegia Hemiparesia Paralisia Cerebral

Paraparesia Tetraplegia Triparesia Hemiplegia Nanismo

Monoplegia Tetraparesia Amputação ou Ausência de Membro

Y 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^(III) para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.

2. DEFICIÊNCIA VISUAL

Pessoa com Deficiência Visual

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, o interessado tem deficiência visual, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condição(ões):

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

Y Campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen).

3. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados		
<input type="checkbox"/> Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Eletroencefalografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Anatomopatológico	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___ / ___ / ___

4. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 (dez) anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de dois médicos ou sem a presença do periciado acarretará responsabilidade solidária pelo pagamento dos impostos devidos, denúncia ao Conselho Regional de Medicina e representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

5. ASSINATURA

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Unidade Credenciada Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Credenciada Emissora do Laudo	