Anexo II à Portaria SEFAZ nº , de de de 2017

LAUDO DE AVALIAÇÃO – VISÃO MONOCULAR

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____

Data:___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo ☐ Masc ☐Fem	
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 art. 3º do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto 2.912, de 29 de dezembro de 2006, e na Lei 3.105, de 16 de maio de 2016, que o requerente acima qualificado possui visão monocular - **CID 10 - H54.4.**

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	Unidade Emissora do Laudo Identificação: CNPJ: Nome e CPF do responsável: Assinatura do responsável
Nome:_____ Endereço:_____	Nome:_____ Endereço:_____	