

ANEXO ÚNICO
 “ANEXO II - (Conv. ICMS nº. 38/2012, 135/2012 e 132/2017)”

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, que o requerente retro qualificado 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 (*) *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, 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