

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:

E-mail:

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

Tipo de Deficiência

 Deficiência FÍSICA (*)

 Deficiência VISUAL (*)

Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Descrição Detalhada da Deficiência

* observar as instruções deste Anexo.

1. 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 e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparésia, 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.

2. É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (vinte graus), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

Nome:

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

Endereço:

Identificação:

CNPJ:

Nome e CPF do responsável:

Assinatura

Carimbo e registro do CRM

Assinatura do responsável