



SECRETARIA DE ESTADO DA
FAZENDA DE SANTA CATARINA

LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

SERVIÇO MÉDICO / UNIDADE DE SAÚDE				DATA ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES					
NOME			SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO		
DATA DE NASCIMENTO	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	CPF		
MÃE					
RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)					
ENDEREÇO			BAIRRO		
MUNICÍPIO		UF	CEP		
E-MAIL			TELEFONE ()		
ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NOS INCISOS I e II, §1º DO ARTIGO 38 DO RICMS/SC-01, APROVADO PELO DECRETO 2.870/01, QUE O REQUERENTE RETROQUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:					
PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DESSE FORMULÁRIO É NECESSÁRIO QUE TODOS OS CAMPOS QUE CONSTAREM OPÇÕES DE "SIM" OU "NÃO" SEJAM ASSINALADAS CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA.					
TIPO DE DEFICIÊNCIA:		CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos forem necessários)			
DEFICIÊNCIA FÍSICA(*) ☐ SIM ☐ NÃO					
DEFICIÊNCIA VISUAL(*) ☐ SIM ☐ NÃO					
DEFICIÊNCIA FÍSICA					
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?		☐ SIM		☐ NÃO	
		DATA DE INÍCIO: ____/____/____			
APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DO(S) SEGUINTE(S) SEGMENTO(S) DO CORPO HUMANO (ASSINALAR AO MENOS UM DOS SEGMENTOS ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO PARA TODAS AS OPÇÕES)					
CABEÇA ☐ SIM ☐ NÃO	PESCOÇO ☐ SIM ☐ NÃO	TRONCO ☐ SIM ☐ NÃO	MEMBROS INFERIORES ☐ SIM ☐ NÃO	MEMBROS SUPERIORES ☐ SIM ☐ NÃO	
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: (ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS DE DEFICIÊNCIA ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO PARA TODAS AS OPÇÕES)					
MONOPLÉGIA ☐ SIM ☐ NÃO	MEMBRO SUPERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		MEMBRO INFERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		PARAPARESIA ☐ SIM ☐ NÃO
MONOPARESIA ☐ SIM ☐ NÃO	MEMBRO SUPERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		MEMBRO INFERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		TRIPARESIA ☐ SIM ☐ NÃO
TRIPLEGIA ☐ SIM ☐ NÃO	MEMBRO SUPERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		MEMBRO INFERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		PARAPLEGIA ☐ SIM ☐ NÃO
HEMIPLEGIA ☐ SIM ☐ NÃO	MEMBRO SUPERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		MEMBRO INFERIOR ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		TETRAPLEGIA ☐ SIM ☐ NÃO
HEMIPARESIA ☐ SIM ☐ NÃO	LADO ☐ DIREITO ☐ ESQUERDO		TETRAPARESIA ☐ SIM ☐ NÃO		
AUSÊNCIA OU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO ☐ SIM ☐ TOTAL ☐ PARCIAL			MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA ☐ SIM ☐ NÃO		
QUAL:			QUAL:		

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) NÃO É (SÃO) 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?	☐ SIM
	☐ NÃO

DIANTE DA AVALIAÇÃO ATUAL A(AS) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) É(SÃO) CONSIDERADA(S) DEFINITIVA(S)?

☐ SIM

☐ NÃO

☐ NÃO HÁ COMO CONCLUIR E DEFINIR TAL PROGNÓSTICO NO MOMENTO.

(*) **INCAPACIDADE** – UMA REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, COM NECESSIDADE DE EQUIPAMENTOS, ADAPTAÇÕES, MEIOS OU RECURSOS ESPECIAIS PARA QUE A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA POSSA RECEBER OU TRANSMITIR INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS AO SEU BEM-ESTAR PESSOAL E AO DESEMPENHO DE FUNÇÃO OU ATIVIDADE A SER EXERCIDA. (DEC. 3.298/99, ARTIGO 3º, INCISO III)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE			
NOME		CPF	

DEFICIÊNCIA VISUAL			
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?		☐ SIM	☐ NÃO
		DATA DE INÍCIO: / /	
ENQUADRADA NA(S) SEGUINTE(S) CONDIÇÃO(ÕES)	ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200 NO MELHOR OLHO, APÓS A MELHOR CORREÇÃO	☐ SIM	☐ NÃO
	CAMPO VISUAL INFERIOR A 20º (TABELA DE SNELLEN)	☐ SIM	☐ NÃO

MÉDICOS E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO	
NOME DO(A) MÉDICO(A):	UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO
ESPECIALIDADE:	IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: ()
CRM:	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	
NOME DO(A) MÉDICO(A):	** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO
ESPECIALIDADE:	IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: ()
CRM:	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	

**** CAMPO A SER PREENCHIDO SOMENTE NA HIPÓTESE DE OS MÉDICOS PERTENCEREM A UNIDADES DE SAÚDE DIFERENTES.**

Observação: 1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência