

## ANEXO XXVI

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**  
**(Item 46, Nota 6, caput da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**

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 previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retroqualificado 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, ostomia, 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