

"ANEXO 1
(Portaria SEF nº
362/2019)



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 <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> 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 EM QUE CONSTEM AS OPÇÕES "SIM" OU "NÃO" SEJAM ASSINALADOS CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA.

TIPO DE DEFICIÊNCIA:	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos forem necessários)
DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

DEFICIÊNCIA FÍSICA

EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA, É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PESCOÇO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TRONCO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
--	---	--	--	--

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA ACARRETAM O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO SEGMENTO AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA:

INCAPACIDADE TOTAL PARA DIRIGIR VEÍCULO AUTOMOTOR
 INCAPACIDADE PARCIAL PARA DIRIGIR VEÍCULO AUTOMOTOR CONVENCIONAL, EXIGINDO AS SEGUINTE ADEQUAÇÕES DE ACORDO COM O ANEXO XV DA RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 425/12:

C D E F G H I J K L M N O P Q R S

OUTRA – ESPECIFICAR DETALHADAMENTE: _____

APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE:

(ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS DE DEFICIÊNCIA ABAIXO, MARCANDO "SIM" OU "NÃO" PARA TODAS AS OPÇÕES)

MONOPLÉGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	PARAPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
MONOPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	TRIPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PARALISIA CEREBRAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

TRIPLEGIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	PARAPLEGIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TETRAPARESIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HEMIPLEGIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	NANISMO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
HEMIPARESIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LADO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO					
AUSÊNCIA OU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO				MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> TOTAL QUAL: _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PARCIAL				<input type="checkbox"/> SIM QUAL: _____ <input type="checkbox"/> NÃO			
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?						<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DIANTE DA AVALIAÇÃO ATUAL A(AS) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) É(SÃO) CONSIDERADA(S) DEFINITIVA(S)?							
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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)							
DEFICIÊNCIA VISUAL							
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?				<input type="checkbox"/> SIM DATA DE INÍCIO: ____/____/____		<input type="checkbox"/> NÃO	
ENQUADRADA NA(S) SEGUINTE(S) CONDIÇÃO(ÕES)		ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200 NO MELHOR OLHO, APÓS A MELHOR CORREÇÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
		CAMPO VISUAL INFERIOR A 20º (TABELA DE SNELLEN)		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS							
<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> ELETRONEUROMIOGRAFIA		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> CINESIOFUNCIONAL		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA DIGITAL ESCANOMETRIA		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA PARA CÁLCULO DO ÂNGULO DE COBB		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> ANATOMOPATOLÓGICO		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> _____		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			
<input type="checkbox"/> _____		CRM DO EMISSOR: _____		DATA DO EXAME: __/__/__			

□ _____

CRM DO EMISSOR: _____

DATA DO EXAME: ___/___/___

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos, sob as penas da lei, que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 (dez) anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de dois médicos ou sem a presença do periciado acarretará responsabilidade solidária pelo pagamento dos impostos devidos, denúncia ao Conselho Regional de Medicina e representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

MÉDICOS E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO

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

**** 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

“ (NR)