

ANEXO III

“ANEXO CCXCI

(Art. 1.401 - B, § 1º do RICMS e o Conv. ICMS 38/12 e 132/17)

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 (*)

Descrição Detalhada da Deficiência

**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.

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura
Carimbo e registro do
CRM

**UNIDADE EMISSORA DO
LAUDO**

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável:

Assinatura do responsável