

ANEXO II DO DECRETO Nº 0007, DE 03 DE JANEIRO DE 2013

**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 <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
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 quanto 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		Unidade Emissora do Laudo Identificação:
Endereço		CNPJ: _____
	Assinatura Carimbo e registro do CRM	Nome e CPF do responsável
		Assinatura do responsável