ANEXO ÚNICO
(Laudo de Avaliação Deficiência Física e/ou Visual)
(Anexo I, Tabela II, Item 67 – RICMS/RO)

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FISICA 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