

**ANEXO III**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**

(a que se refere o inciso II do artigo 1º da Portaria CAT 18/13)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: / / \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome: _____			
Data de Nascimento: / / _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> 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 artigo 19 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 45.490, de 30 de novembro de 2000, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Código Internacional de Doenças</b>
	CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
<b>Deficiência física*</b>	Descrição detalhada da deficiência:
<b>Deficiência visual *</b>	
<b>*observar as instruções deste anexo.</b>	

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____ _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____ _____

<b>Unidade Emissora do Laudo</b> Identificação: _____ _____ CNPJ: _____ _____ Nome e CPF do responsável: _____
---

**INSTRUÇÕES DO ANEXO III**

**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA A AQUISIÇÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO ARTIGO 19 DO ANEXO I DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490, DE 30-11-2000.**

**DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL (1)  
DEFINIÇÕES**

I - 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 e a incapacidade total ou parcial para dirigir, 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.

II - É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

(1) Observação: A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência