

Nova redação dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 132/17, efeitos a partir de 26.10.17.

ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38/12, DE 30 DE MARÇO DE 2012

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: <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, 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)	
<input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*) <input type="checkbox"/> 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 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.	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