TIPO DE DEFICIêNCIA DEFICIêNCIA FíSICA\* DEFICIêNCIA VISUAL \*

**ANEXO I**

ESTADO DE SANTA CATARINA

LAUDO DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de Nascimento: / / | Sexo: ( ) M | | ( )F | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Identidade no | Órgão Emissor: | |  |  | UF: |
| Mãe: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Pai: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Responsável (Representante legal): |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Endereço: |  |  |  |  |  |
| Bairro: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |
| Cidade |  | CEP: |  | UF: | |
|  |  |  |  |  |  |
| Fone: |  | Email: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefí cio previsto no art. 40-A do Anexo 2 do RICMS/SC-01, aprovado pelo Decreto nº 2.870, de 27 de agosto de 2001, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

CóDIGO INTERNACIONAL DE DOENçAS CID-10:

(PREENCHER COM TANTOS CóDIGOS QUANTOS

SEJAM NECESSáRIOS)

OBS: É considerada pessoa portadora de deficiência: Descrição detalhada da deficiência:

1. 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, 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
2. visual aquela que apresenta: acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura | Assinatura |
| Carimbo e registro do CRM | Carimbo e registro do CRM |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Observações: 1. a deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência; 2. o laudo somente se rá emitido na hipótese de a deficiência constatada se enquadrar nos critérios e requisitos definidos na Portaria Conjunta SDTR/SS Nº 01/06.