ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO III

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL

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

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 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:

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.**	Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	**Unidade Emissora do Laudo** Identificação: _____ CNPJ:_____ Nome e CPF do responsável:_____
Nome:_____ Endereço:_____	Nome:_____ Endereço:_____	

ESTADO DE SÃO PAULO

INSTRUÇÕES DO ANEXO III

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

DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL [1]

(Definições de acordo com o Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, e CID-10)

DEFINIÇÕES

I - deficiência física - É considerada pessoa com 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, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II - deficiência visual - 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.

---

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