

**Anexo único à Portaria SEFAZ nº 487, de 21 de junho de 2017**

**Anexo III à Portaria SEFAZ nº 1.122, de 26 de novembro de 2014**

**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 previsto no Convênio ICMS nº 38/12 e no art. 3º do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 2.912, de 29 de dezembro de 2006, que o requerente acima qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

|  |  |
|--|--|
| Tipo de Deficiência<br><input type="checkbox"/> Deficiência física*<br><input type="checkbox"/> Deficiência visual *   | Código Internacional de Doenças <b>CID-10:</b><br>(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários) |
| *observar as instruções deste anexo.<br><br>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 <b>e a incapacidade total ou parcial para dirigir</b> , 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:  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| _____<br>Assinatura<br>Carimbo e registro do CRM | _____<br>Assinatura<br>Carimbo e registro do CRM | <i>Unidade Emissora do Laudo</i><br>Identificação:<br>CNPJ:<br>Nome e CPF do responsável:<br>Assinatura do responsável |
|--|--|--|

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
INSTRUÇÕES DO ANEXO III  
Endereço: \_\_\_\_\_

~~NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NO CONVÊNIO ICMS nº 38/12 E NO ART. 3º DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO nº 2.912, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2006.~~

## DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL <sup>(1)</sup>

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

### DEFINIÇÕES

**I - deficiência física** - 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, 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 (observar, quanto a esse aspecto, as alterações do Decreto nº 3.298, de 1999).

**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

**Anexo III à Portaria SEFAZ nº 1.122, de 26 de novembro de 2014**

**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 previsto no Convênio ICMS nº 38/12 e no art. 3º do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 2.912, de 29 de dezembro de 2006, que o requerente acima qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

|  |   |
|--|---|
| Tipo de Deficiência<br><input type="checkbox"/> Deficiência física*<br><input type="checkbox"/> Deficiência visual *   | Código Internacional de Doenças <b>CID-10</b> :<br>(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários) |
| *observar as instruções deste anexo.<br><br>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, 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:   |

|                                    |                           |  |
|------------------------------------|---------------------------|--|
| _____<br>Assinatura                | _____<br>Assinatura       | <i>Unidade Emissora do Laudo</i><br>Identificação:<br><br>CNPJ:<br><br>Nome e CPF do responsável:<br><br>Assinatura do responsável |
| Nome: _____<br><br>Endereço: _____ | Carimbo e registro do CRM |  |
|                                    | Endereço: _____           |  |

## INSTRUÇÕES DO ANEXO III

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NO CONVÊNIO ICMS nº 38/12 E NO ART. 3º DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO nº 2.912, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2006.

### DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL <sup>(1)</sup>

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

#### DEFINIÇÕES

**I - deficiência física** - 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, 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 (observar, quanto a esse aspecto, as alterações do Decreto nº 3.298, de 1999).

**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.

---

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