ANEXO II

LAUDO DE AVALIAÇÃO		
DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL		
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, que o requerente retroqualificado 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 (*)***	
Descrição Detalhada da Deficiência ***(*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo***	
Conclusão ***(Descrição do tipo do veículo, categoria da CNH, etc.)***	

_____ ***Assinatura*** ***Carimbo e Registro CRM***	_____ **Assinatura** **Carimbo e Registro CRM**	***UNIDADE EMISSORA DO LAUDO***
		Nome:
		CNJP:
		Reponsável:
		CPF:
Nome:	***Nome:***	_____ ***UEL-Assinatura do Responsável***
Endereço:	***Endereço:***	
Especialidade:	***Especialidade:***	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ANEXO II
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA e/ou VISUAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	***CPF:***

☐ *PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA*

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, onde constatou-se para fins de aquisição de veículo com ISENÇÃO, que o mesmo É PORTADOR de DEFICIÊNCIA FÍSICA, APRESENTANDO alteração completa ou parcial do(s) seguinte(s) SEGMENTOS do corpo humano:

(ASSINALAR AO MENOS UM DOS SEGMENTOS ABAIXO)

☐ *CABEÇA*	☐ *PESCOÇO*	☐ *TRONCO*	☐ *MEMBROS INFERIORES*	☐ *MEMBROS SUPERIORES*

A(s) alteração(ões) acima ACARRETAM O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO SEGMENTO AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE (*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, ainda que de forma parcial, APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE:

(ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS ABAIXO)

☐ *paraplegia*	☐ *monoparesia*	☐ *triplegia*	☐ *hemiparesia*	☐ *paralisia cerebral*
☐ *paraparesia*	☐ *tetraplegia*	☐ *triparesia*	☐ *ostomia*	☐ *nanismo*
☐ *monoplegia*	☐ *tetraparesia*	☐ *hemiplegia*	☐ *amputação ou ausência de membro*	

☐ ***membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida , sendo que tal deformidade NÃO É DE ORIGEM ESTÉTICA E resulta em DIFICULDADE para o desempenho das funções do MEMBRO deformado, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE (*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, ainda que de forma parcial.***

(*) INCAPACIDADE - uma REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (Dec. 3.298/99, art. 3º, inc.III)

☐ *PORTADOR DE DEFICIÊNCIA VISUAL*

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica onde constatou-se para fins de aquisição de veículo com ISENÇÃO, que o interessado É PORTADOR de DEFICIÊNCIA VISUAL, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:

☐ ***acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção***

☐ ***campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen)***

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL, Anexo II deste Decreto, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Código Penal.

_____ *Assinatura* *Carimbo e Registro CRM*	_____ *Assinatura* *Carimbo e Registro CRM*	***UNIDADE EMISSORA DO LAUDO*** ***Nome:*** ***CNPJ:*** ***Reponsável:*** ***CPF:*** _____ *UEL-Assinatura do Responsável*
Nome:	***Nome:***	
Endereço:	***Endereço:***	
Especialidade:	***Especialidade:***	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO II e INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFICIO PREVISTO NO CONVÊNIO ICMS Nº 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL

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

DEFINIÇÕES

I - Deficiência (1): toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

II - Deficiência permanente: a que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

III - Incapacidade: uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV - Deficiência FÍSICA (2): 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.

V - Deficiência VISUAL (2): acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, depois da melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

IMPORTANTE

(1) A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Emissora do Laudo (UEL).

(2) O Laudo só poderá ser emitido se a DEFICIÊNCIA atender CUMULATIVAMENTE aos critérios de DEFICIÊNCIA, DEFICIÊNCIA PERMANENTE e INCAPACIDADE (Itens I a III, acima), manifestando-se sob uma das FORMAS de Deficiência FÍSICA (item IV) ou VISUAL (item V).