

Legislação: - Lei 14.260/2003 e alterações: artigo 14, inciso V, alínea “b”;
- Resolução SEFA n.º 135/2021, art. 23, §2º, V, “b”

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DO EXAME (nome da unidade de saúde)

Nº CNPJ:	Nº de registro no SUS:
Telefones:	Data do exame: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:	Sexo: () M () F	
CPF:	RG/UF:	Data de nascimento ____/____/____

DETALHAMENTO DO PARECER MÉDICO DO PORTADOR DA DEFICIÊNCIA (*)

O interessado acima identificado foi submetido a perícia médica, onde constatou-se que, para fins de ISENÇÃO DE IPVA, o mesmo é portador de DEFICIÊNCIA VISUAL, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condição(ões):

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

campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen);

visão monocular.

Desde ____/____/____

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

--

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE CONFORME DECRETO FEDERAL Nº 3.298/99, ART. 3º, INCISOS I e III:
(*) Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;
() 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 bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - DEFICIÊNCIA FÍSICA, por mim subscrito, 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.

DADOS DO MÉDICO

Nome:		
CPF:	Telefone 1: ()	Telefone 2: ()
_____ Assinatura e indicação do nº do CRM		