



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL

IN 017/2018 - ANEXO XXVI
(Item 46, Nota 6, *caput* da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

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:	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 Convênio ICMS 38/12, 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)	



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL

<p>Deficiência física*</p> <p>Deficiência visual*</p> <p>*observar as instruções deste anexo.</p> <p>1. 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, 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.</p> <p>2. É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.</p>	<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>	
<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura Carimbo e registro do CRM</p>	<p>Unidade Emissora do Laudo</p> <p>Identificação: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>Nome e CPF do responsável:</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do responsável</p>