

LAUDO DE AVALIAÇÃO - DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

CONVÊNIO ICMS N. 38/2012

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* <input type="checkbox"/> Deficiência visual * <input type="checkbox"/> *observar as instruções deste anexo. 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, 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:

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO - AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)
CONVÊNIO ICMS 38/2012

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 inciso IV do art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Transtorno autista - F.84.0 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.
- Autismo atípico - F.84.1 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO - DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)
 CONVÊNIO ICMS N. 38/2012

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 inciso IV do art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

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

DECLARAÇÃO

SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CONFORME O CONVÊNIO ICMS 38, DE 10 DE MARÇO DE 2012

_____, inscrito(a) no CPF sob o
nº _____, responsável pela unidade de saúde
_____, CNPJ nº _____,
DECLARA, sob as penas da lei, que este serviço médico integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

LOCAL/DATA)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Código Penal:

“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.....”