|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS | **LAUDO DE AVALIAÇÃO****DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU DEFICIÊNCIA VISUAL**A que se refere a alínea “a” do item 28.5 da Parte 1 do Anexo X do Regulamento do ICMS (RICMS), aprovado pelo Decreto nº 48.589, de 22 de março de 2023. |

|  |
| --- |
| **SERVIÇO MÉDICO / UNIDADE DE SAÚDE** |
|       | **DATA**    /    /      |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES** |
| NOME | SEXO |
|       | [ ]  MASCULINO [ ]  FEMININO |
| DATA DE NASCIMENTO | IDENTIDADE Nº | ÓRGÃO EMISSOR | CPF |
|       |       |       |       |
| FILIAÇÃO 1 | FILIAÇÃO 2 |
|       |       |
| RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL) |
|       |
| ENDEREÇO | BAIRRO |
|       |       |
| MUNICÍPIO | UF | CEP |
|       |    |       |
| E-MAIL | TELEFONE |
|       | (  )       |

|  |
| --- |
| **ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO ITEM 28 DA PARTE 1 DO ANEXO X DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO Nº 48.589, DE 22 DE MARÇO DE 2023,** **E NO CONVÊNIO ICMS 38/12, QUE O REQUERENTE RETRO QUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:** |

FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA FAZENDÁRIACREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE DEFICIÊNCIA:** | **CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10** (Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequelas) |
| DEFICIÊNCIA FÍSICA **[ ]**  SIM **[ ]**  NÃO | **PATOLOGIAS:**       |
| **SEQUELAS:**       |
| DEFICIÊNCIA VISUAL **[ ]**  SIM **[ ]**  NÃO | **PATOLOGIAS:**       |
| **SEQUELAS:**       |
| **O REQUERENTE APRESENTA** |
| 1) DEFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO **[ ]**  SUPERIOR ESQUERDO **[ ]**  SUPERIOR DIREITO **[ ]**  INFERIOR ESQUERDO **[ ]**  INFERIOR DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE      .2) DECORRENTE DE      . |
| **DEFICIÊNCIA FÍSICA** |
| **[ ]** DEFICIÊNCIA DE GRAU LEVE | **[ ]**  DEFICIÊNCIA DE GRAU MODERADO | **[ ]**  DEFICIÊNCIA DE GRAU GRAVE |
| **APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DO(S) SEGUINTE(S) SEGMENTO(S) DO CORPO HUMANO**(ASSINALAR AO MENOS UM DOS SEGMENTOS ABAIXO) |
| CABEÇA | PESCOÇO | TRONCO | MEMBROS INFERIORES | MEMBROS SUPERIORES |
| **[ ]**  SIM | **[ ]**  NÃO | **[ ]**  SIM | **[ ]**  NÃO | **[ ]**  SIM | **[ ]**  NÃO | **[ ]**  SIM | **[ ]**  NÃO | **[ ]**  SIM | **[ ]**  NÃO |
| O(S) CAMPO(S) ASSINALADO(S) ACIMA CONFIGURA(M) DEFICIÊNCIA FÍSICA, ASSIM ENTENDIDA COMO AQUELA QUE APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DE UM OU MAIS SEGMENTOS DO CORPO HUMANO, DE GRAU MODERADO OU GRAVE, E QUE CAUSAM O COMPROMETIMENTO PARCIAL OU TOTAL DAS FUNÇÕES DOS SEGMENTOS CORPÓREOS QUE ENVOLVAM A SEGURANÇA DA DIREÇÃO VEICULAR, O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA E A INCAPACIDADE TOTAL OU PARCIAL PARA DIRIGIR, APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE: |
| PARAPLEGIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | NANISMO | [ ]  SIM [ ]  NÃO | TRIPARESIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO |
| PARAPARESIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | TETRAPLEGIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | HEMIPLEGIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO |
| MONOPLEGIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | TETRAPARESIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | HEMIPARESIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO |
| MONOPARESIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | TRIPLEGIA | [ ]  SIM [ ]  NÃO | PARALISIA CEREBRAL | [ ]  SIM [ ]  NÃO |
| AUSÊNCIA OU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO | MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA |
| [ ]  SIM[ ]  NÃO | [ ]  TOTAL[ ]  PARCIAL | QUAL:       | [ ]  SIM[ ]  NÃO | QUAL:       |
| A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) **NÃO É (SÃO) DE ORIGEM ESTÉTICA** E RESULTA(M) 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? | [ ]  SIM |
| [ ]  NÃO |
| **DEFICIÊNCIA VISUAL** |
| DEFICIÊNCIA VISUAL: 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 (ART. 1º, § 2º, DA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995, INCLUÍDO PELA LEI Nº 10.690, DE 16 DE JUNHO DE 2003). |
| ENQUADRADA NA(S) SEGUINTE(S) CONDIÇÃO(ÕES) | ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200 NO MELHOR OLHO, APÓS A MELHOR CORREÇÃO | [ ]  SIM [ ]  NÃO |
| CAMPO VISUAL INFERIOR A 20º (TABELA DE SNELLEN) | [ ]  SIM [ ]  NÃO |
|  |  |
| ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A) COM CARIMBO DO CRM | ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A) COM CARIMBO DO CRM |

MOD.06.01.38 – 06/06/2023

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CPF |
|       |       |

 |
| **DIANTE DA AVALIAÇÃO ATUAL A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) DESCRITA(S) É(SÃO)?** |
| 1. CONSIDERADA(S) 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.  | [ ]  **SIM** |
| [ ]  **NÃO** |
| 2. ENSEJADORA(S) DE INCAPACIDADE, ASSIM ENTENDIDA COMO UMA REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, COM NECESSIDADE DE EQUIPAMENTOS, ADAPTAÇÕES, MEIOS OU RECURSOS ESPECIAIS PARA QUE A PESSOA COM DEFICIÊNCIA POSSA RECEBER OU TRANSMITIR INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS AO SEU BEM-ESTAR E AO DESEMPENHO DE FUNÇÃO OU ATIVIDADE A SER EXERCIDA.  | [ ]  **SIM** |
| [ ]  **NÃO** |
| **IMPORTANTE: PARA FINS DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE QUE TRATA O ITEM 28 DA PARTE 1 DO ANEXO X DO RICMS A DEFICIÊNCIA DEVERÁ ATENDER CUMULATIVAMENTE AOS CRITÉRIOS DE DEFICIÊNCIA, DEFICIÊNCIA PERMANENTE E INCAPACIDADE MANIFESTANDO-SE SOB UMA DAS FORMAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL.** |

FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA

|  |
| --- |
| **EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS**(ASSINALAR ABAIXO OS EXAMES E LAUDOS APREENTADOS, ANALISADOS E CERTIFICADOS) |
| [ ]  | RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | ELETRONEUROMIOGRAFIA | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | CINESIOFUNCIONAL | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | RADIOGRAFIA DIGITAL ESCANOMETRIA | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | RADIOGRAFIA PARA CÁLCULO DE ÂNGULO DE COBB | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | TOMOGRAFIA | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | ANATOMOPATOLOGICO | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | OUTRO:      . | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| [ ]  | OUTRO:      . | CRM DO EMISSOR:       | DATA DO EXAME:    /    /      |
| **CONCLUSÃO** |
| A EQUIPE MÉDICA SIGNATÁRIA DESTE LAUDO DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI Nº 8.137/1990 QUE DISPÕE SOBRE OS CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, COMBINADO COM AS DEMAIS SANÇÕES LEGAIS, EM ESPECIAL, COM O DISPOSTO NO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL, QUE ESTÁ CIENTE:1. QUE RECEBEU, ANALISOU E CERTIFICOU OS EXAMES E LAUDOS ACIMA ESPECIFICADOS;2. DA OBRIGATORIEDADE DE ARQUIVAMENTO, PELO PRAZO DE 10 (DEZ) ANOS DA DATA DE EMISSÃO DESTE LAUDO, DE CÓPIA DOS EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS, QUE FICARÃO DISPONÍVEIS PARA EVENTUAIS ANÁLISE E FISCALIZAÇÃO DAS AUTORIDADES COMPETENTES;3. QUE A INSERÇÃO DE QUAISQUER DADOS FALSOS OU INCORRETOS, OU A EMISSÃO DO LAUDO SEM A PRESENÇA CONJUNTA DE DOIS MÉDICOS OU SEM A PRESENÇA DO REQUERENTE ACARRETARÁ:3.1 RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA PELO PAGAMENTO DOS IMPOSTOS DEVIDOS;3.2 DENÚNCIA AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA;3.3 REPRESENTAÇÃO AO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA APURAÇÃO DE EVENTUAIS CRIMES. A EQUIPE MÉDICA SIGNATÁRIA DESTE LAUDO ATESTA QUE O REQUERENTE ESTÁ: |
| **[ ]  CAPACITADO PARA DIRIGIR** | **[ ]  INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA DIRIGIR** | **[ ]  INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA DIRIGIR** |
| **MÉDICOS E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO** |
| NOME DO(A) MÉDICO(A):      ESPECIALIDADE:     CRM:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) | **UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO** |
| IDENTIFICAÇÃO:     CNPJ:      CPF DO RESPONSÁVEL:      NOME DO RESPONSÁVEL:     TELEFONE DE CONTATO: (  )      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO RESPONSÁVEL |
| NOME DO(A) MÉDICO(A):      ESPECIALIDADE:      CRM:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) | **UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO** |
| IDENTIFICAÇÃO:     CNPJ:      CPF DO RESPONSÁVEL:      NOME DO RESPONSÁVEL:     TELEFONE DE CONTATO: (  )      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO RESPONSÁVEL |

MOD.06.01.38 – 06/06/2023