|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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