



Laudo de Avaliação Deficiência Física e/ou Visual

Serviço Médico/Unidade de Saúde:
Data:

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input checked="" type="radio"/> Feminino	
Identidade nº :	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		

2. LAUDO DE AVALIAÇÃO

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:	
Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
<input type="checkbox"/> Deficiência Física (*)	
<input type="checkbox"/> Deficiência Visual (*)	
Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Unidade Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo	



Laudo de Avaliação
Deficiência Física e/ou Visual
Informações Complementares - Portador de Deficiência Física e/ou Visual

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

2. DEFICIÊNCIA FÍSICA

Portador de Deficiência Física

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica, onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ipi, o mesmo é portador de deficiência física, apresentando alteração completa ou parcial do(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano:

(Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)

<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Membros Superiores
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---	---

A(s) alteração(ões) acima acarretam o comprometimento da função física do segmento afetado, 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, apresentando-se sob a forma de:

(Assinalar ao menos uma das formas abaixo)

<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Triplegia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral
-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Paraparesia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Triparisia	<input type="checkbox"/> Ostomia	<input type="checkbox"/> Nanismo
--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia	<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

Membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida, sendo que tal deformidade não é de origem estética e resulta 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.

(*) 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 seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (Dec. 3.298/99, art. 3º, inc.III)

3. DEFICIÊNCIA VISUAL

Portador de Deficiência Visual

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ipi, o interessado é portador de deficiência visual, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:

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

Campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen).



**Laudo de Avaliação
Deficiência Física e/ou Visual**

**Informações Complementares - Portador de Deficiência Física e/ou Visual
Continuação**

4. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - Deficiência Física e/ou Visual, anexo IX da IN RFB nº 988, de 2009, por nós subscrita, 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.

5. ASSINATURA

Nome do Médico		Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade		
Nome do Médico		Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade		
Unidade Emissora do Laudo	CNPJ	
Responsável	CPF	
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo		



Laudo de Avaliação Deficiência Física e/ou Visual

INSTRUÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995. DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, e CID-10)

Definições:

I. **Deficiência** (1): toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

II. **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.

III. **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 seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV. **Deficiência física** (2): 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, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

V. **Deficiência visual** (2): 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).

Importante:

1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Emissora do Laudo (UEL).

2. O Laudo só poderá ser emitido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (itens I a III, acima), manifestando-se sob uma das formas de deficiência física (item IV) ou visual (item V).