



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA

ANEXO ÚNICO
(Portaria SEF nº 279/2022)

“ANEXO I
(Portaria SEF nº 362/2019)



SECRETARIA DE ESTADO DA
FAZENDA DE SANTA CATARINA

LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

DATA DE EMISSÃO: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

NOME			SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
DATA DE NASCIMENTO	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR / UF	CPF
MÃE			
PAI			
RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)			
ENDEREÇO			BAIRRO
MUNICÍPIO	UF	CEP	
E-MAIL			TELEFONE ()

LAUDO DE AVALIAÇÃO

ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NOS INCISOS I e II DO §1º DO ARTIGO 38 DO ANEXO 2 DO RICMS/SC-01, APROVADO PELO DECRETO 2.870/01, OU NOS INCISOS I E II DO §8º DO ART. 6º DO RIPVA/SC-89, APROVADO PELO DECRETO 2.993/89, QUE O REQUERENTE RETROQUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:

TIPO DE DEFICIÊNCIA:	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos forem necessários)	
<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA	PATOLOGIAS:	SEQUELAS:
<input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL	PATOLOGIAS:	SEQUELAS:

O requerente apresenta:

1. déficit funcional em membro superior esquerdo superior direito inferior esquerdo inferior direito, com limitação dos movimentos de:

2. decorrente de: _____

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:



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME	CPF
------	-----

DEFICIÊNCIA FÍSICA

EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA, É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?	<input type="checkbox"/> SIM DATA DE INÍCIO: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> NÃO
---	--	------------------------------

APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DO(S) SEGUINTE(S) SEGMENTO(S) 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 TOTAL PARA DIRIGIR VEÍCULO AUTOMOTOR
- INCAPACIDADE PARCIAL PARA DIRIGIR VEÍCULO AUTOMOTOR CONVENCIONAL, EXIGINDO AS SEGUINTE ADEQUAÇÕES DE ACORDO COM O ANEXO XV DA RESOLUÇÃO CONTRAN N° 927/22:
- C D E F G H I J K L M N O P Q R S
- OUTRA – ESPECIFICAR DETALHADAMENTE: _____

APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE:
(OBRIGATÓRIO ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS ABAIXO)

<input type="checkbox"/> MONOPLÉGIA	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	<input type="checkbox"/> PARAPARESIA	<input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA
<input type="checkbox"/> MONOPARESIA	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	<input type="checkbox"/> TRIPARESIA	<input type="checkbox"/> PARALISIA CEREBRAL
<input type="checkbox"/> TRIPLEGIA	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	<input type="checkbox"/> PARAPLEGIA	<input type="checkbox"/> TETRAPARESIA
<input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA	MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	<input type="checkbox"/> NANISMO	
<input type="checkbox"/> HEMIPARESIA	LADO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO			

<input type="checkbox"/> AUSÊNCIA OU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO	<input type="checkbox"/> MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA
<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL	QUAL: _____

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) 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

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) É (SÃO) DE ORIGEM ESTÉTICA? SIM NÃO

DIANTE DA AVALIAÇÃO ATUAL A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) É(SÃO) CONSIDERADA(S) DEFINITIVA(S)?

- SIM
 NÃO
 NÃO HÁ COMO CONCLUIR E DEFINIR TAL PROGNÓSTICO NO MOMENTO.

(*) **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, ARTIGO 3º, INCISO III)

DEFICIÊNCIA VISUAL

EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?	<input type="checkbox"/> SIM DATA DE INÍCIO: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> NÃO
--	--	------------------------------

ENQUADRADA NA(S) SEGUINTE(S) CONDIÇÃO(ÕES)	<input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200 (TABELA DE SNELLEN) NO MELHOR OLHO, APÓS A MELHOR CORREÇÃO
	<input type="checkbox"/> CAMPO VISUAL INFERIOR A 20° (VINTE GRAUS)



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA**

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME

CPF

EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

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 DO 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: __/__/__

_____ CRM DO EMISSOR: _____ DATA DO EXAME: __/__/__

_____ CRM DO EMISSOR: _____ DATA DO EXAME: __/__/__

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos, sob as penas da lei, que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 (dez) anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de 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 periciado acarretará responsabilidade solidária pelo pagamento dos impostos devidos, denúncia ao Conselho Regional de Medicina e representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

MÉDICOS E UNIDADE EMISSORES DO LAUDO

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: