LAUDO PERICIAL PARA EFEITOS DE OBTENÇÃO DE ISENÇÃO DE IPVA

DEFICIÊNCIA VISUAL OU AUDITIVA

Na condição de médico pertencente ao Sistema Único de Saúde, **declaro** que o Sr (a) _____CPF n°_____, é pessoa portadora da deficiência especificada no item_____abaixo relacionado, desde o dia_____do mês de_____do ano de_____.

1 - DEFICIÊNCIA VISUAL:

1.1 - **cegueira**, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com amelhor correção;

1.2 - **a baixa visão**, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhorcorreção óptica;

1.3 - **a somatória** da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º;

1.4 - **ocorrência simultânea** de quaisquer condições anteriores;

1.5 **– visão monocular**, na qual o indivíduo possui 20% (vinte por cento) ou menos de eficiência visual em um olho.

2 - DEFICIÊNCIA AUDITIVA:
Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferidapor audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz. (Vigência a partir de 01/01/2014 de acordo com a Lei 10.079/2013)

_____-ES,_____de_____de_____
Município

_____
Assinatura/ Matrícula no SUS e Carimbo