

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 a melhor correção;
- 1.2 - **a baixa visão**, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- 1.3 - **a somatória** da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- 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 unilateral total ou bilateral, parcial ou total, adotando-se como valor referencial da limitação auditiva, a média aritmética de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

_____-ES, _____ de _____ de _____
Município

Assinatura/ Matrícula no SUS e Carimbo