# 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 .

# - DEFICIÊNCIA VISUAL:

* 1. - **cegueira**, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção;
	2. - **a baixa visão**, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
	3. - **a somatória** da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º;
	4. - **ocorrência simultânea** de quaisquer condições anteriores;
	5. **– visão monocular**, na qual o indivíduo possui 20% (vinte por cento) ou menos de eficiência visual em um olho.
1. **- DEFICIÊNCIA AUDITIVA**:

Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por 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