

Acrescido o Anexo III-A pelo Conv. ICMS 161/21, efeitos a partir de 01.12.21.

ANEXO III-A DO CONVÊNIO ICMS Nº 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

LAUDO DE AVALIAÇÃO		
SÍNDROME DE DOWN		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome: _____		
Data de Nascimento: / /	Sexo: Masculino ☐	Feminino ☐
Identidade no	Órgão Emissor:	UF:
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	Email:	
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:		
☐ Síndrome de Down - Q.90 (CID-10) - atendido cumulativamente os critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade de que trata a cláusula segunda do Convênio ICMS 38/12.		
Descrição Detalhada da Deficiência		
_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM Nome: _____ Endereço: _____		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: CNPJ: Nome e CPF do responsável: _____ Assinatura do responsável