

Acrescido o Anexo III-A pelo Conv. ICMS 161/21, efeitos a partir de 01.12.21
(adaptado ao IPVA).

**ANEXO III-A DO CONVÊNIO ICMS Nº 38, DE 30 DE MARÇO DE
2012, adaptado ao IPVA**

LAUDO DE AVALIAÇÃO		
SÍNDROME DE DOWN		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ___/___/___
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome: _____		
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade no	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	Email:	
<input type="checkbox"/> 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 (adaptado ao IPVA).		
Descrição Detalhada da Deficiência		
_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: CNPJ: Nome e CPF do responsável:
Nome: _____ Endereço: _____		Assinatura do responsável