

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 <input type="checkbox"/> | Feminino <input type="checkbox"/>   |
| 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:  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 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  |  |   |
| _____<br>Assinatura<br>Carimbo e registro do CRM  |  | UNIDADE EMISSORA DO<br>LAUDO<br>Identificação:<br>CNPJ:<br>Nome e CPF do responsável:<br>_____<br>Assinatura do responsável |
| Nome: _____   |  |   |
| Endereço: _____   |  |   |