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 |