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 CRMNome: Endereço:  | UNIDADE EMISSORA DO LAUDOIdentificação:CNPJ:Nome e CPF do responsável: Assinatura do responsável |