

**ANEXO III DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012  
(CONVÊNIO ICMS 38/12)**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO**

**DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)**

**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:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012 (Convênio ICMS 38/12), que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa / grave – F.72 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.  
 Deficiência mental profunda – F.73 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.

**Descrição detalhada da deficiência:**

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____ _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP
Nome: _____ Endereço: _____ _____

<b>Unidade Emissora do Laudo</b> Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do Responsável
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------