

ANEXO III DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

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: Masculino

Feminino

Identidade nº _____

Orgão Emissor: _____

UF: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Responsável (Representante legal): _____

Endereço: _____

Bairro _____

Cidade _____

CEP: _____

UF: _____

Fone: _____

E-mail: _____

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no 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: _____

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável: _____

Assinatura do responsável