

ANEXO IV AO DECRETO Nº 13.558, DE 18 DE JANEIRO DE 2013.

ANEXO IV AO DECRETO Nº 13.525, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2012.

LAUDO DE AVALIAÇÃO

AUTISMO

(Transtorno Autista e Autismo Atípico)

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 previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Transtorno autista - F.84.0 (CID-10) - observadas as instruções deste Anexo.
- Autismo atípico - F.84.1 (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: _____
_____