

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

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: <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:

- 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: _____ _____ _____ Assinatura do Responsável
