

ANEXO II

"ANEXO CCXCI-A - Convênio ICMS Nº 38/12 – Art. 1.401-B"

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 CRM

Nome: _____

Endereço: _____

UNIDADE EMISSORA DO
LAUDO

Identificação:

CNPJ:

Nome e CPF do responsável:

Assinatura do responsável