

71

DECRETO Nº 41.883, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2021
“ANEXO III-A DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012
(CONVÊNIO ICMS 161/21)

LAUDO DE AVALIAÇÃO		
SÍNDROME DE DOWN		
<i>Serviço Médico/Unidade de Saúde:</i> _____	Data: __/__/__	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
<i>Nome:</i> _____		
<i>Data de Nascimento:</i> / /	<i>Sexo:</i> <i>Masculino</i> <i>Feminino</i>	
<i>Identidade nº</i>	<i>Órgão Emissor:</i>	<i>UF:</i>
<i>Mãe:</i> _____		
<i>Pai:</i> _____		

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: _____

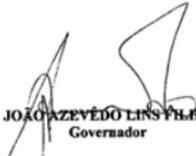
Endereço: _____

UNIDADE EMISSORA DO
LAUDO
Identificação:

CNPJ:

Nome e CPF do
responsável:

Assinatura do responsável


JOÃO AZEVEDO LINS FILHO
Governador