


**“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		
Nome:		
<i>Data de Nascimento:</i> / /	<i>Sexo:</i> 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


JOÃO AZEVEDO LINS FILHO
 Governador