

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:	E-mail:	
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) - atendidos cumulativamente os critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade de que trata a cláusula segunda do Convênio ICMS 38/12.		
Descrição Detalhada da Deficiência		
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p style="text-align: center;">Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>		<p>UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</p> <p>Identificação:</p> <p>CNPJ:</p> <p>Nome e CPF do responsável:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do responsável</p>