

"ANEXO III-A DO CONVÊNIO ICMS Nº 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

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:		
<p align="center">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.</p>		
Descrição Detalhada da Deficiência		
<p align="center">_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM</p>		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: CNPJ: Nome e CPF do responsável: _____ Assinatura do responsável
Nome: _____		
Endereço: _____		