



SECRETARIA DE ESTADO DA
FAZENDA DE SANTA CATARINA

LAUDO DE AVALIAÇÃO SÍNDROME DE DOWN

DATA DE EMISSÃO: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

NOME		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
DATA DE NASCIMENTO	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR / UF	CPF
MÃE			
PAI			
RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)			
ENDEREÇO		BAIRRO	
MUNICÍPIO	UF	CEP	
E-MAIL		TELEFONE ()	

LAUDO DE AVALIAÇÃO

ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO INCISO V DO §1º DO ARTIGO 38 DO ANEXO 2 DO RICMS/SC-01, APROVADO PELO DECRETO 2.870/01, QUE O REQUERENTE RETROQUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:

SÍNDROME DE DOWN - Q.90 (CID 10)

A DEFICIÊNCIA ASSINALADA CUMPRE OS CRITÉRIOS DE DEFICIÊNCIA, DEFICIÊNCIA PERMANENTE E INCAPACIDADE (RICMS/SC-01, Anexo 2, art. 38, §14)?

* **Deficiência:** toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

* **Deficiência permanente:** a que ocorreu ou se estabilizou durante um período suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

* **Incapacidade:** uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

SIM

NÃO

DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA

NOME DO MÉDICO:

ASSINATURA, CARIMBO E REGISTRO CRM:

ESPECIALIDADE:

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO:

CNPJ:

RESPONSÁVEL:

CPF:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO: