**ANEXO XXVII-A**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO SÍNDROME DE DOWN**

(Nota 8-A do Item 46 da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) - 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 |