**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   |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AssinaturaCarimbo e registro do CRM Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | UNIDADE EMISSORA DO LAUDOIdentificação:CNPJ:Nome e CPF do responsável:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do responsável |