|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS | **LAUDO DE AVALIAÇÃO**  **SÍNDROME DE DOWN**  A que se refere a alínea “d” do item 28.5 da Parte 1 do Anexo X do Regulamento do ICMS  (RICMS), aprovado pelo Decreto nº 48.589, de 22 de março de 2023. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIÇO MÉDICO / UNIDADE DE SAÚDE** | |
|  | DATA    /    / |

FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA FAZENDÁRIACREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES** | | | | | | | |
| NOME | | | | | | | SEXO |
|  | | | | | | | MASCULINO  FEMININO |
| DATA DE NASCIMENTO | IDENTIDADE Nº | | | | ÓRGÃO EMISSOR | | CPF |
|  |  | | | |  | |  |
| FILIAÇÃO 1 (PAI) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| FILIAÇÃO 2 (MÃE) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ENDEREÇO | | | | | | | BAIRRO |
|  | | | | | | |  |
| MUNICÍPIO | | | | | UF | | CEP |
|  | | | | |  | |  |
| E-MAIL | | | | | | | TELEFONE |
|  | | | | | | | (  ) |
| **ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO ITEM 28 DA PARTE 1 DO ANEXO X DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO Nº 48.589, DE 22 DE MARÇO DE 2023, QUE O REQUERENTE RETRO QUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:** | | | | | | | |
| **SÍNDROME DE DOWN** | |  | **CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10 : Q.90 – Atendido cumulativamente os critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade de que trata a cláusula segunda do Convénio ICMS 38/12.** | | | | |
| DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA | | | | | | | |
| **O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÃOES PRESTADAS, SOB AS PENAS DA LEI Nº 8.137/1990, QUE TRATA DOS CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, COMBINADO COM AS DEMAIS SANÇÕES LEGAIS, EM ESPECIAL O DISPOSTO NO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL.** | | | | | | | |
| **MÉDICO E UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**  FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA | | | | | | | |
| NOME DO(A) MÉDICO(A): | | | | **UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO** | | | |
| IDENTIFICAÇÃO:  CNPJ:  CPF DO RESPONSÁVEL:  NOME DO RESPONSÁVEL:  TELEFONE DE CONTATO: (  ) | | | |
| ESPECIALIDADE: | | | |
| CRM: | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | | | |

MOD.06.01.35 – 06/06/2023