

Nova redação dada ao Anexo III pelo Conv. ICMS 50/18, efeitos a partir de 26.07.18.

**ANEXO III DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>			
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:**

- Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.
- Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.

<b>Descrição detalhada da deficiência:</b>          
--

<p>_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____</p> <p>_____ Assinatura do responsável</p>
---	---	---