|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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