

Nova redação dada ao Anexo IV pelo Conv. ICMS 135/12, efeitos a partir de 01.01.13.

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
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 previsto no Convênio ICMS 38/12, e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Transtorno autista - F.84.0 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Autismo atípico - F.84.1 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____
Nome: _____	Nome: _____	CNPJ: _____
Endereço: _____	Endereço: _____	Nome e CPF do responsável: _____
		_____ Assinatura do responsável