

ANEXO III



SECRETARIA DE ESTADO DA
FAZENDA DE SANTA CATARINA

LAUDO DE AVALIAÇÃO - AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)

SERVIÇO MÉDICO / UNIDADE DE SAÚDE

DATA ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

NOME		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
DATA DE NASCIMENTO	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	CPF
MÃE			
RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)			
ENDEREÇO		BAIRRO	
MUNICÍPIO	UF	CEP	
E-MAIL		TELEFONE ()	

ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO INCISO IV, §1º DO ARTIGO 38 DO ANEXO 2 DO RICMS/SC-01, APROVADO PELO DECRETO 2.870/01, QUE O REQUERENTE RETROQUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:

PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DESSE FORMULÁRIO É NECESSÁRIO QUE TODOS OS CAMPOS QUE CONSTAREM OPÇÕES DE "SIM" OU "NÃO" SEJAM ASSINALADAS CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA.

TIPO DE DEFICIÊNCIA MENTAL	TRANSTORNO AUTISTA – F.84.0 (CID-10)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	AUTISMO ATÍPICO – F.84.1 (CID-10):	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA DEFICIÊNCIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PORTADOR DE AUTISMO F.84.0 (CID-10)

I. A. TRANSTORNO AUTISTA F.84.0 – EIXO "A"

(PREENCHER UM TOTAL DE 6 (SEIS) OU MAIS DOS SEGUINTEIS ITENS OBSERVANDO-SE OS REFERENCIAIS MÍNIMOS GRIFADOS PARA CADA ITEM)

ITEM 1	O INTERESSADO APRESENTA COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA INTERAÇÃO SOCIAL, MANIFESTADO POR PELO MENOS DOIS DOS SEGUINTEIS ASPECTOS:		
	COMPROMETIMENTO ACENTUADO NO USO DE MÚLTIPLOS COMPORTAMENTOS NÃO-VERBAIS, TAIS COMO CONTATO VISUAL DIRETO, EXPRESSÃO FACIAL, POSTURAS CORPORAIS E GESTOS PARA REGULAR A INTERAÇÃO SOCIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	FRACASSO EM DESENVOLVER RELACIONAMENTOS COM SEUS PARES APROPRIADOS AO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	AUSÊNCIA DE TENTATIVAS ESPONTÂNEAS DE COMPARTILHAR PRAZER, INTERESSES OU REALIZAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS (P.EX. NÃO MOSTRAR, TRAZER OU APONTAR OBJETOS DE INTERESSE)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	AUSÊNCIA DE RECIPROCIDADE SOCIAL OU EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ITEM 2	O INTERESSADO APRESENTA COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA COMUNICAÇÃO, MANIFESTADO POR PELO MENOS UM DOS SEGUINTEIS ASPECTOS:		
	ATRASO OU AUSÊNCIA TOTAL DE DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM FALADA (NÃO ACOMPANHAMENTO POR UMA TENTATIVA DE COMPENSAR POR MEIO DE MODOS ALTERNATIVOS DE COMUNICAÇÃO, TAIS COMO GESTOS OU MÍMICA)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	EM INDIVÍDUOS COM FALA ADEQUADA, ACENTUADO COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE DE INICIAR OU MANTER UMA CONVERSA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	USO ESTEREOTIPADO E REPETITIVO DA LINGUAGEM IDIOSINCRÁTICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	AUSÊNCIA DE JOGOS OU BRINCADEIRAS DE IMITAÇÃO SOCIAL VARIADOS E ESPONTÂNEOS PRÓPRIOS DO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ITEM 3	O INTERESSADO APRESENTA PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES E ATIVIDADES, MANIFESTADOS POR PELO MENOS UM DOS SEGUINTE ASPECTOS	
PREOCUPAÇÃO INSISTENTE COM UM OU MAIS PADRÕES ESTEREOTIPADOS E RESTRITOS DE INTERESSE, ANORMAIS EM INTENSIDADE OU FOCO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ADESAO APARENTEMENTE INFLEXÍVEL A ROTINAS OU RITUAIS ESPECÍFICOS E NÃO FUNCIONAIS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
MANEIRISMOS MOTORES ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS (P.EX., AGITAR OU TORCER MÃOS E DEDOS OU MOVIMENTOS COMPLEXOS DE TODO O CORPO):	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
PREOCUPAÇÃO PERSISTENTE COM PARTES DE OBJETOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
I B. TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "B"		
O INTERESSADO APRESENTA ATRASOS OU FUNCIONAMENTO ANORMAL EM PELO MENOS UMAS DAS SEGUINTE ÁREAS, COM PROVÁVEL INÍCIO ANTES DOS 3 (TRÊS) ANOS DE IDADE:	<input type="checkbox"/> INTERAÇÃO SOCIAL <input type="checkbox"/> LINGUAGEM PARA FINS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL OU: <input type="checkbox"/> JOGOS IMAGINATIVOS OU SIMBÓLICOS	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
NOME	CPF	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PORTADOR DE AUTISMO F.84.1 (CID-10)		
II – AUTISMO ATÍPICO F.84.1 (CID-10)		
<p>NO AUTISMO ATÍPICO O DESENVOLVIMENTO ANORMAL E/OU COMPROMETIMENTO PODE SE MANIFESTAR PELA PRIMEIRA VEZ DEPOIS DA IDADE DE TRÊS ANOS; E/OU HÁ ANORMALIDADES DEMONSTRÁVEIS INSUFICIENTES EM UMA OU DUAS DAS TRÊS ÁREAS DE PSICOPATOLOGIA REQUERIDAS PARA O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO (A SABER, INTERAÇÕES SOCIAIS RECÍPROCAS, COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTO RESTRITO, ESTEREOTIPADO E REPETITIVO) A DESPEITO DE ANORMALIDADES CARACTERÍSTICAS EM OUTRA(S) ÁREA(S).</p> <p>PARA O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO ATÍPICO, OS CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS SÃO SEMELHANTES AOS DO TRANSTORNO AUTISTA, OU SEJA, DESENVOLVIMENTO ANORMAL OU ALTERADO MANIFESTADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NAS SEGUINTE ÁREAS DO DESENVOLVIMENTO: INTERAÇÕES SOCIAIS, COMUNICAÇÃO E COMPORTAMENTO. PORÉM PODE APRESENTAR-SE COM MENOR GRAU DE COMPROMETIMENTO E OU ASSOCIADO A OUTRAS CONDIÇÕES MÉDICAS.</p>		
ITEM A	DESCRIÇÃO DE AO MENOS UM DOS CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS PARA OS ITENS DA ÁREA DO COMPORTAMENTO QUALITATIVO DE INTERAÇÃO SOCIAL PRESENTES NO PACIENTE SUBMETIDO AO LAUDO DE AVALIAÇÃO:	
ITEM B	DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS AUSENTES NO PACIENTE SUBMETIDO AO LAUDO DE AVALIAÇÃO EM UMA DAS ÁREAS DA COMUNICAÇÃO E/OU DE PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES E ATIVIDADES.	
ITEM C	O INTERESSADO APRESENTA COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA INTERAÇÃO SOCIAL, MANIFESTADO PELOS SEGUINTE ASPECTOS:	
COMPROMETIMENTO ACENTUADO NO USO DE MÚLTIPLOS COMPORTAMENTOS NÃO-VERBAIS, TAIS COMO CONTATO VISUAL DIRETO, EXPRESSÃO FACIAL, POSTURAS CORPORAIS E GESTOS PARA REGULAR A INTERAÇÃO SOCIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FRACASSO EM DESENVOLVER RELACIONAMENTOS COM SEUS PARES APROPRIADOS AO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AUSÊNCIA DE TENTATIVAS ESPONTÂNEAS DE COMPARTILHAR PRAZER, INTERESSES OU REALIZAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS (P.EX. NÃO MOSTRAR, TRAZER OU APONTAR OBJETOS DE INTERESSE)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AUSÊNCIA DE RECIPROCIDADE SOCIAL OU EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ITEM D	O INÍCIO DOS SINTOMAS SE MANIFESTOU ATÉ OS 5 (CINCO) ANOS DE IDADE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<p>O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES 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.</p>		

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME

CPF

MÉDICO, PSICÓLOGO E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO

NOME DO(A) MÉDICO(A):

UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO

IDENTIFICAÇÃO:

ESPECIALIDADE:

CNPJ:

CPF DO RESPONSÁVEL:

CRM:

NOME DO RESPONSÁVEL:

TELEFONE DE CONTATO: ()

CPF:

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

NOME DO(A) PSICÓLOGO(A):

**** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO**

IDENTIFICAÇÃO:

ESPECIALIDADE:

CNPJ:

CPF DO RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL:

TELEFONE DE CONTATO: ()

CRP:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

CPF:

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PSICÓLOGO(A)

****CAMPO A SER PREENCHIDO SOMENTE NA HIPÓTESE DE OS MÉDICOS PERTENCEREM A UNIDADES DE SAÚDE DIFERENTES**

