

## ANEXO II

SECRETARIA DE ESTADO DA  
FAZENDA DE SANTA CATARINA

## LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA

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 III, §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 TOSOS OS CAMPOS QUE CONSTAREM OPÇÕES DE "SIM" OU "NÃO" SEJAM ASSINALADAS CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA.**

TIPO DE DEFICIÊNCIA MENTAL:	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos forem necessários)
-----------------------------	---

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA DEFICIÊNCIA:

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA E PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA COMPLEMENTADA OU NÃO POR TESTES PSICOLÓGICOS, EXAMES COMPLEMENTARES

E/OU AVALIAÇÃO DE RELATÓRIOS MÉDICOS SUPLEMENTARES, FOI CONSTATADO QUE O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA:

1	APRESENTA FUNCIONAMENTO INTELECTUAL SIGNIFICATIVAMENTE INFERIOR QUANDO COMPARADO À MÉDIA DA POPULAÇÃO GERAL	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO HOUVE ANÁLISE TÉCNICA CONCLUSIVA SUFICIENTE PARA NEGAR OU AFIRMAR QUE O FUNCIONAMENTO INTELECTUAL É SIGNIFICATIVAMENTE INFERIOR.	
2	APRESENTA AS SEGUINTEs ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS COM LIMITAÇÕES	
	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> HABILIDADES SOCIAIS <input type="checkbox"/> SAÚDE E SEGURANÇA <input type="checkbox"/> LAZER <input type="checkbox"/> CUIDADO PESSOAL <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE <input type="checkbox"/> HABILIDADES ACADÊMICAS <input type="checkbox"/> TRABALHO	
3	A DEFICIÊNCIA OU RETARDO MENTAL MANIFESTOU-SE ANTES DOS 18 (DEZOITO) ANOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	SE PACIENTE COM IDADE ACIMA DE 18 (DEZOITO) ANOS NA DATA DA AVALIAÇÃO, NÃO HÁ COMO AFIRMAR. PORÉM, INDIRETAMENTE PELAS AVALIAÇÕES REALIZADAS E CONCLUSÕES TÉCNICAS PODE-SE DEDUZIR QUE SIM. <input type="checkbox"/>	
4.	A DEFICIÊNCIA OU RETARDO MENTAL ATENDE A TODOS OS CRITÉRIOS A SEGUIR PARA CADA NÍVEL DE DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA	

## DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA

(CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE CUMULATIVOS)

DÉFICIT SIGNIFICATIVO NA COMUNICAÇÃO, QUE PODE SER FEITA ATRAVÉS DE PALAVRAS SIMPLES	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATRASSO ACENTUADO NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ALTERAÇÃO ACENTUADA NO PADRÃO DE MARCHA (DISPRAXIA)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
AUTOCUIDADOS SIMPLES SEMPRE DESENVOLVIDOS SOB RIGOROSA SUPERVISÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DÉFICIT INTELECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL SEVERO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

**DEFICIÊNCIA MENTAL PROFUNDA**  
(CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE CUMULATIVOS)

GRAVE ATRASO NA FALA E LINGUAGEM COM COMUNICAÇÃO EVENTUAL ATRAVÉS DE FALA ESTEREOTIPADA E RUDIMENTAR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RETARDO PSICOMOTOR GERANDO GRAVE RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE (INCAPACIDADE MOTORA PARA LOCOMOÇÃO)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
INCAPACIDADE DE AUTOCUIDADO E DE ATENDER SUAS NECESSIDADES BÁSICAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OUTROS AGRAVANTES CLÍNICOS E ASSOCIAÇÃO COM OUTRAS MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DÉFICIT INTELLECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL PROFUNDO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

NOME <b>Erro! Fonte de referência não encontrada.</b>	CPF <b>Erro! Fonte de referência não encontrada.</b>
--	---

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.

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

<b>UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b>	
NOME DO(A) MÉDICO(A):	IDENTIFICAÇÃO:
ESPECIALIDADE:	CNPJ:
CRM:	CPF DO RESPONSÁVEL:
CPF:	NOME DO RESPONSÁVEL:
	TELEFONE DE CONTATO: (    )
_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
<b>** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b>	
NOME DO(A) PSICÓLOGO(A):	IDENTIFICAÇÃO:
ESPECIALIDADE:	CNPJ:
CRP:	CPF DO RESPONSÁVEL:
CPF:	NOME DO RESPONSÁVEL:
	TELEFONE DE CONTATO: (    )
_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PSICÓLOGO (A)	_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

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

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA**

**DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)**

Deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;

- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

Orientações para preenchimento do Laudo – baseado na (CID-10), Que atenda à definição acima, porém que contemple única e exclusivamente aos níveis severo/grave ou profundo da deficiência mental (retardo mental) (\*).

Para tal deverá atender a todos os critérios a seguir para cada nível:

**Deficiência Mental Severa (Retardo Mental Grave) (\*):** déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples; atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor; alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia); autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão; déficit intelectual atendendo ao nível severo.

(\* **Deficiência Mental Profunda (Retardo Mental Profundo) (\*):** grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar; retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção); incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas; outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas; déficit intelectual atendendo ao nível profundo.

(\* Na CID-10 o termo Deficiência Mental é referendado como Retardo Mental. Deficiência Mental Severa corresponde à Deficiência Mental Grave.

Observação: o laudo deve ser assinado por um médico e por um psicólogo.

