

ANEXO I

 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA DE SANTA CATARINA	<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL</b>		
<b>SERVIÇO MÉDICO / UNIDADE DE SAÚDE</b>			
			DATA ___ / ___ / ___
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>			
NOME		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
DATA DE NASCIMENTO		IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR
MÃE			
RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)			
ENDERECO		BAIRRO	
MUNICÍPIO		UF	CEP
E-MAIL		TELEFONE ( )	
<b>ATESTAMOS PARA A FINALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NOS INCISOS I e II, §1º DO ARTIGO 38 DO RICMS/SC-01, APROVADO PELO DECRETO 2.870/01, QUE O REQUERENTE RETROQUALIFICADO POSSUI A DEFICIÊNCIA ABAIXO ASSINALADA:</b> <b>PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DESSE FORMULÁRIO É NECESSÁRIO QUE TODOS OS CAMPOS QUE CONSTAREM OPÇÕES DE "SIM" OU "NÃO" SEJAM ASSINALADAS CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA.</b>			
TIPO DE DEFICIÊNCIA:		CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos forem necessários)	
DEFICIÊNCIA FÍSICA(*) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DEFICIÊNCIA VISUAL(*) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b>			
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?		<input type="checkbox"/> SIM DATA DE INÍCIO: ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DO(S) SEGUINTE(S) SEGMENTO(S) DO CORPO HUMANO</b> (ASSINALAR AO MENOS UM DOS SEGMENTOS ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO PARA TODAS AS OPÇÕES)			
CABEÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PESCOÇO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
TRONCO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA ACARRETAM O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO SEGMENTO AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA <b>INCAPACIDADE(*)</b> PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, AINDA QUE DE FORMA PARCIAL, APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE: (ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS DE DEFICIÊNCIA ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO PARA TODAS AS OPÇÕES)			
MONOPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	
MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		PARAPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MONOPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	
TRIPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		TRIPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
PARALESIA CEREBRAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PARAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		TETRAPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		MEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO	
HEMIPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO		NANISMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		OSTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
LADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
AUSÊNCIA OU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL		MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDÀ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCrita(S) NÃO É (SÃO) DE ORIGEM ESTÉTICA E RESULTA EM DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO DAS FUNÇÕES DO MEMBRO DEFORMADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE(*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, AINDA QUE DE FORMA PARCIAL?	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> NÃO

DIANTE DA AVALIAÇÃO ATUAL A(AS) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCrita(S) É(SÃO) CONSIDERADA(S) DEFINITIVA(S)?

- SIM  
 NÃO  
 NÃO HÁ COMO CONCLUIR E DEFINIR TAL PROGNÓSTICO NO MOMENTO.

(\*) INCAPACIDADE – UMA REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, COM NECESSIDADE DE EQUIPAMENTOS, ADAPTAÇÕES, MEIOS OU RECURSOS ESPECIAIS PARA QUE A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA POSSA RECEBER OU TRANSMITIR INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS AO SEU BEM-ESTAR PESSOAL E AO DESEMPENHO DE FUNÇÃO OU ATIVIDADE A SER EXERCIDA. (DEC. 3.298/99, ARTIGO 3º, INCISO III)

--	--

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
NOME	CPF

DEFICIÊNCIA VISUAL		
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDА É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?	<input type="checkbox"/> SIM DATA DE INÍCIO: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> NÃO
ENQUADRADA NA(S) SEGUINTE(S) CONDIÇÃO(ÕES)	ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200 NO MELHOR OLHO, APÓS A MELHOR CORREÇÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	CAMPO VISUAL INFERIOR A 20º (TABELA DE SNELLEN) <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

MÉDICOS E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO	
NOME DO(A) MÉDICO(A):  ESPECIALIDADE:  CRM:  CPF:  ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO  IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: ( )  ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
NOME DO(A) MÉDICO(A):  ESPECIALIDADE:  CRM:  CPF:  ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO  IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: ( )  ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

\*\* CAMPO A SER PREENCHIDO SOMENTE NA HIPÓTESE DE OS MÉDICOS PERTENCEREM A UNIDADES DE SAÚDE DIFERENTES.  
Observação: 1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência

## 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
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 DEFICIÊNCIAABAIXO 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)	
DESCRÍÇÃO 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 SEGUINTESS ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS COM LIMITAÇÕES			
	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> CUIDADO PESSOAL	<input type="checkbox"/> HABILIDADES SOCIAIS <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE	<input type="checkbox"/> SAÚDE E SEGURANÇA <input type="checkbox"/> HABILIDADES ACADÉMICAS	<input type="checkbox"/> LAZER <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			
<b>DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA</b> (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE CUMULATIVOS)				
DÉFICIT SIGNIFICATIVO NA COMUNICAÇÃO, QUE PODE SER FEITA ATRAVÉS DE PALAVRAS SIMPLES			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ATRASO 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

<b>DEFICIÊNCIA MENTAL PROFUNDA</b> (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 NEUROPSQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DÉFICIT INTELECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL PROFUNDO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>	
NOME	CPF

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.

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

**\*\* 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) (\*) .

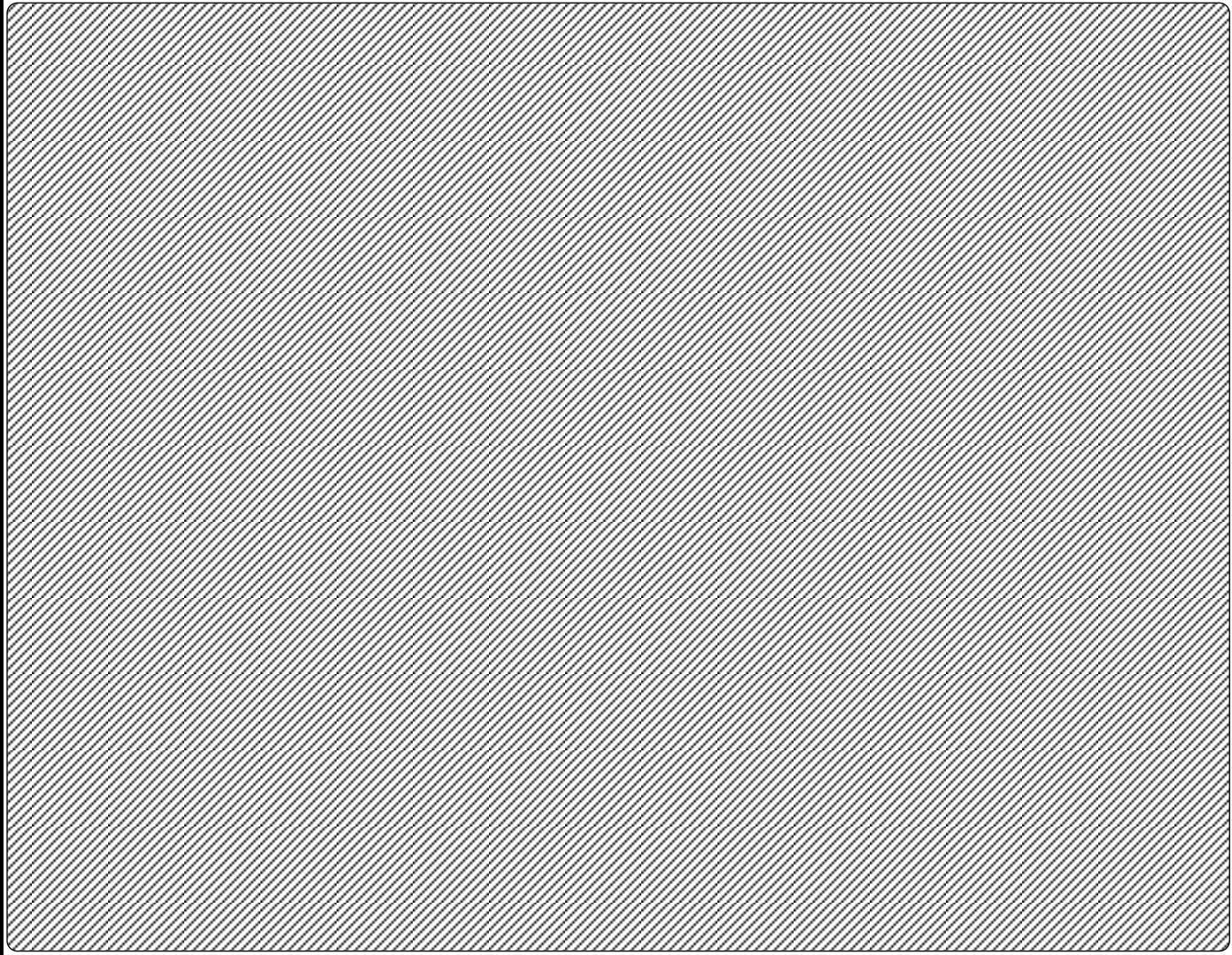
Para tal deverá atender a todos os critérios a seguir para cada nível:

**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 estereotípida 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.



### ANEXO III

 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA DE SANTA CATARINA	<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO - AUTISMO</b> <b>(Transtorno Autista e Autismo Atípico)</b>			
<b>SERVIÇO MÉDICO / UNIDADE DE SAÚDE</b>				
DATA    /    /				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>				
NOME _____ <input type="checkbox"/> SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO				
DATA DE NASCIMENTO	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	CPF	
MÃE				
RESPONSÁVEL (REPRESENTANTE LEGAL)				
ENDERECO		BAIRRO		
MUNICÍPIO		UF	CEP	
E-MAIL		TELEFONE ( )		
<b>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:</b>				
<b>PARA O CORRETO PREENCHIMENTO DESSE FORMULÁRIO É NECESSÁRIO QUE TODOS OS CAMPOS QUE CONSTAREM OPÇÕES DE "SIM" OU "NÃO" SEJAM ASSINALADAS CONFORME AVALIAÇÃO MÉDICA.</b>				
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				
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PORTADOR DE AUTISMO F.84.0 (CID-10)</b>				
<b>I. A. TRANSTORNO AUTISTA F.84.0 – EIXO “A”</b> <small>(PREENCHER UM TOTAL DE 6 (SEIS) OU MAIS DOS SEGUINTESS ITENS OBSERVANDO-SE OS REFERENCIAIS MÍNIMOS GRIFADOS PARA CADA ITEM)</small>				
ITEM 1	O INTERESSADO APRESENTA COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA INTERAÇÃO SOCIAL, MANIFESTADO POR PELO MENOS DOIS DOS SEGUINTES 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 SEGUINTES 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

<b>ITEM 3</b>	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
ADESÃO 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
<b>I B. TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "B"</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	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>			
NOME	CPF		
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PORTADOR DE AUTISMO F.84.1 (CID-10)</b>			
<b>II – AUTISMO ATÍPICO F.84.1 (CID-10)</b>			
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).			
PARA O DIAGNÓSTICO DE <b>AUTISMO ATÍPICO</b> , 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.			
<b>ITEM A</b>	DESCRÍÇÃO 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:		
<b>ITEM B</b>	DESCRÍÇÃO 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.		
<b>ITEM C</b>	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 CORPORAL 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
<b>ITEM D</b>	O INÍCIO DOS SINTOMAS SE MANIFESTOU ATÉ OS 5 (CINCO) ANOS DE IDADE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
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.			

## **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

NOME

CPF

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

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

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