

## ANEXO I



SECRETARIA DE ESTADO DA  
FAZENDA DE SANTA CATARINA

## LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

## 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 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:

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:	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	

## DEFICIÊNCIA FÍSICA

EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?	<input type="checkbox"/> SIM DATA DE INÍCIO: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> NÃO
--	--	------------------------------

## APRESENTA ALTERAÇÃO COMPLETA OU PARCIAL DO(S) SEGUINTE(S) SEGMENTO(S) DO CORPO HUMANO

(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 **INCAPACIDADE(\*)** 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)

MONOPLÉGIA <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	PARAPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
MONOPARESIA <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	TRIPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PARALESIA CEREBRAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TRIPLEGIA <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	PARAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TETRAPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HEMIPLEGIA <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	NANISMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	OSTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
HEMIPARESIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LADO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> ESQUERDO			
AUSÊNCIA OU AMPUTAÇÃO DE MEMBRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL QUAL:			MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL:	

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) <b>NÃO É (SÃO) DE ORIGEM ESTÉTICA</b> 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)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO HÁ COMO CONCLUIR E DEFINIR TAL PROGNÓSTICO NO MOMENTO.										
(*) <b>INCAPACIDADE</b> – 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)										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b> </div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">NOME</td> <td style="width: 40%;">CPF</td> </tr> </table>			NOME	CPF						
NOME	CPF									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> </div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?</td> <td style="width: 20%;"> <input type="checkbox"/> SIM            DATA DE INÍCIO:    /    /            </td> <td style="width: 20%; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> NÃO         </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 35%;">ENQUADRADA NA(S) SEGUINTE(S) CONDIÇÃO(ÕES)</td> <td style="width: 35%;">ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200 NO MELHOR OLHO, APÓS A MELHOR CORREÇÃO</td> <td style="width: 30%; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SIM      <input type="checkbox"/> NÃO         </td> </tr> <tr> <td>CAMPO VISUAL INFERIOR A 20º (TABELA DE SNELLEN)</td> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SIM      <input type="checkbox"/> NÃO         </td> </tr> </table>			EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA 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
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA 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								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>MÉDICOS E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO</b> </div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           NOME DO(A) MÉDICO(A):             ESPECIALIDADE:             CRM:             CPF:   <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)           </div> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <div style="border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;"> <b>UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b> </div>           IDENTIFICAÇÃO:            CNPJ:            CPF DO RESPONSÁVEL:            NOME DO RESPONSÁVEL:            TELEFONE DE CONTATO: (    )   <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA DO RESPONSÁVEL           </div> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">           NOME DO(A) MÉDICO(A):             ESPECIALIDADE:             CRM:             CPF:   <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)           </div> </td> <td style="vertical-align: top;"> <div style="border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;"> <b>** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b> </div>           IDENTIFICAÇÃO:            CNPJ:            CPF DO RESPONSÁVEL:            NOME DO RESPONSÁVEL:            TELEFONE DE CONTATO: (    )   <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA DO RESPONSÁVEL           </div> </td> </tr> </table>			NOME DO(A) MÉDICO(A):  ESPECIALIDADE:  CRM:  CPF:  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)           </div>	<div style="border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;"> <b>UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b> </div> IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: (    )  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA DO RESPONSÁVEL           </div>	NOME DO(A) MÉDICO(A):  ESPECIALIDADE:  CRM:  CPF:  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)           </div>	<div style="border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;"> <b>** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b> </div> IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: (    )  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA DO RESPONSÁVEL           </div>				
NOME DO(A) MÉDICO(A):  ESPECIALIDADE:  CRM:  CPF:  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)           </div>	<div style="border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;"> <b>UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b> </div> IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: (    )  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA DO RESPONSÁVEL           </div>									
NOME DO(A) MÉDICO(A):  ESPECIALIDADE:  CRM:  CPF:  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)           </div>	<div style="border-bottom: 1px dashed black; text-align: center;"> <b>** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO</b> </div> IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: (    )  <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">             ASSINATURA DO RESPONSÁVEL           </div>									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>** CAMPO A SER PREENCHIDO SOMENTE NA HIPÓTESE DE OS MÉDICOS PERTENCEREM A UNIDADES DE SAÚDE DIFERENTES.</b>            Observação: 1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência         </div>										

## 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

☐ MASCULINO ☐ 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

☐ SIM☐ NÃO☐ NÃO HOUVE ANÁLISE TÉCNICA CONCLUSIVA SUFICIENTE PARA NEGAR OU AFIRMAR QUE O FUNCIONAMENTO INTELECTUAL É SIGNIFICATIVAMENTE INFERIOR.

2 APRESENTA AS SEGUINTE ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS COM LIMITAÇÕES

☐ COMUNICAÇÃO☐ HABILIDADES SOCIAIS☐ SAÚDE E SEGURANÇA☐ LAZER☐ CUIDADO PESSOAL☐ UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE☐ HABILIDADES ACADÊMICAS☐ TRABALHO3 A DEFICIÊNCIA OU RETARDO MENTAL MANIFESTOU-SE ANTES DOS 18 (DEZOITO) ANOS ☐ SIM ☐ NÃOSE 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. ☐

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

☐ SIM☐ NÃO

ATRASO ACENTUADO NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

☐ SIM☐ NÃO

ALTERAÇÃO ACENTUADA NO PADRÃO DE MARCHA (DISPRAXIA)

☐ SIM☐ NÃO

AUTOCUIDADOS SIMPLES SEMPRE DESENVOLVIDOS SOB RIGOROSA SUPERVISÃO

☐ SIM☐ NÃO

DÉFICIT INTELECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL SEVERO

☐ SIM☐ 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 INTELECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL PROFUNDO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
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.

MÉDICO, PSICÓLOGO E UNIDADE(S) EMISSORA(S) DO LAUDO	
NOME DO(A) MÉDICO(A):	UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO
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) PSICÓLOGO(A):	** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO
ESPECIALIDADE:	IDENTIFICAÇÃO: CNPJ: CPF DO RESPONSÁVEL: NOME DO RESPONSÁVEL: TELEFONE DE CONTATO: (    )
CRP:  CPF:	_____ 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.

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) (\*) .

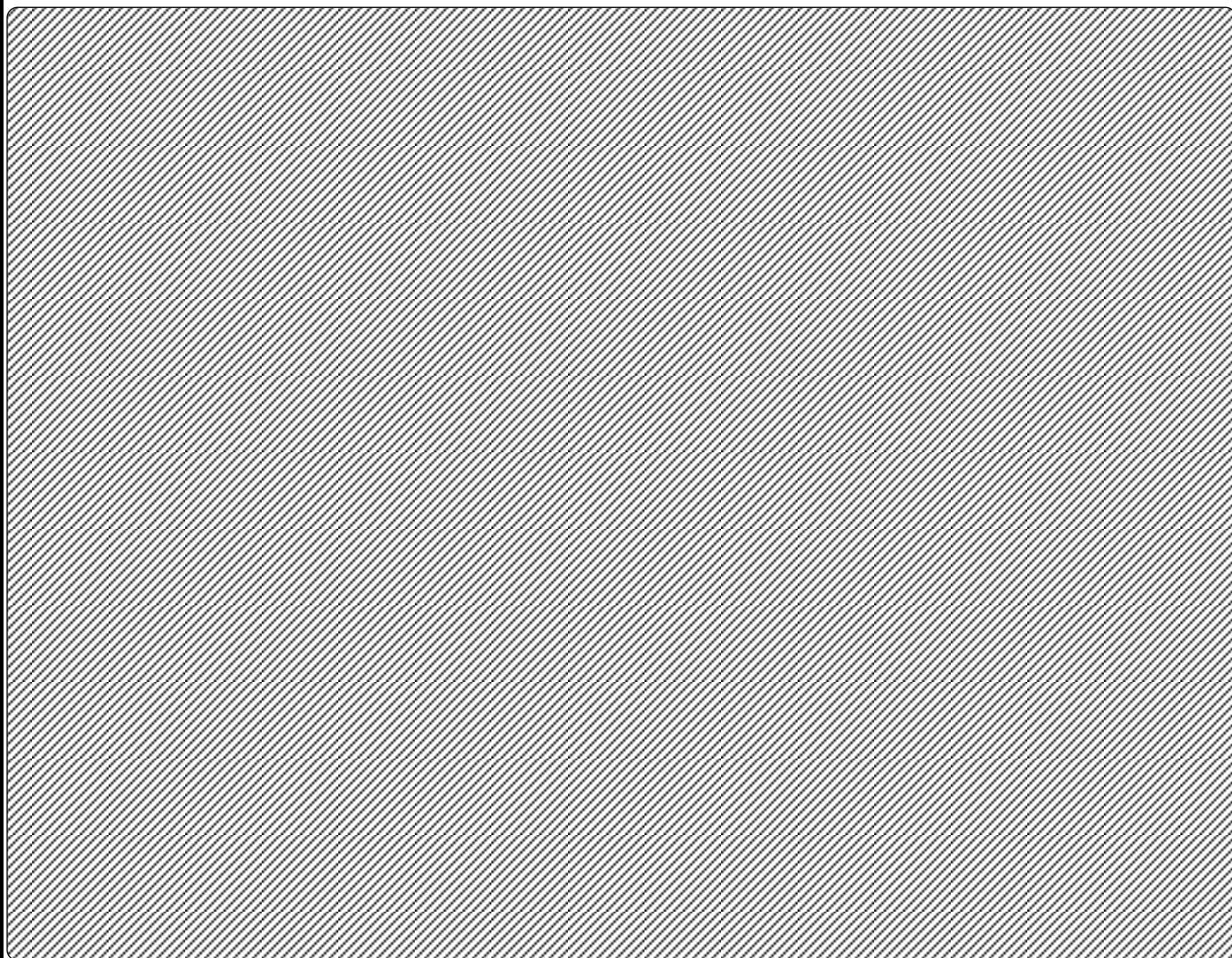
Para tal deverá atender a todos os critérios a seguir para cada nível:

**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.



## 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

☐ MASCULINO ☐ 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 SEGUINTE 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 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 2	O INTERESSADO APRESENTA COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA COMUNICAÇÃO, MANIFESTADO POR PELO MENOS UM DOS SEGUINTE 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
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
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)			
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.			
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
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):	UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO
ESPECIALIDADE:	IDENTIFICAÇÃO:
CRM:	CNPJ:
CPF:	CPF DO RESPONSÁVEL:
	NOME DO RESPONSÁVEL:
	TELEFONE DE CONTATO: (    )
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
NOME DO(A) PSICÓLOGO(A):	** UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO
ESPECIALIDADE:	IDENTIFICAÇÃO:
	CNPJ:
	CPF DO RESPONSÁVEL:
	NOME DO RESPONSÁVEL:
	TELEFONE DE CONTATO: (    )
CRP:	
CPF:	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	