|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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.**Para o correto preenchimento desse formulário é necessário que todos os campos que constarem opções de “SIM” ou “NÃO” sejam assinaladas conforme avaliação médica.

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)** | | SIM | | | | NÃO | | | |
| AUTISMO ATÍPICO – **F.84.1 (CID-10):** | | SIM | | | | 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 SEGUINTES 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 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 | | | | | SIM | | | | NÃO | | |
| FRACASSO EM DESENVOLVER RELACIONAMENTOS COM SEUS PARES APROPRIADOS AO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO | | | | | SIM | | | | NÃO | | |
| AUSÊNCIA DE TENTATIVAS ESPONTÂNEAS DE COMPARTILHAR PRAZER, INTERESSES OU REALIZAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS (P.EX. NÃO MOSTRAR, TRAZER OU APONTAR OBJETOS DE INTERESSE) | | | | | SIM | | | | NÃO | | |
| AUSÊNCIA DE RECIPROCIDADE SOCIAL OU EMOCIONAL | | | | | SIM | | | | 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) | | | | | | SIM | | | | NÃO | |
| EM INDIVÍDUOS COM FALA ADEQUADA, ACENTUADO COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE DE INICIAR OU MANTER UMA CONVERSA | | | | | | SIM | | | | NÃO | |
| USO ESTEREOTIPADO E REPETITIVO DA LINGUAGEM IDIOSSINCRÁTICA | | | | | | SIM | | | | NÃO | |
| AUSÊNCIA DE JOGOS OU BRINCADEIRAS DE IMITAÇÃO SOCIAL VARIADOS E ESPONTÂNEOS PRÓPRIOS DO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO | | | | | | SIM | | | | NÃO | |
| **ITEM 3** | O INTERESSADO APRESENTA PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES E ATIVIDADES, MANIFESTADOS POR PELO MENOS UM DOS SEGUINTES ASPECTOS | | | | | | | | | | |
| PREOCUPAÇÃO INSISTENTE COM UM OU MAIS PADRÕES ESTEREOTIPADOS E RESTRITOS DE INTERESSE, ANORMAIS EM INTENSIDADE OU FOCO | | | | | | | SIM | | | | NÃO |
| ADESÃO APARENTEMENTE INFLEXÍVEL A ROTINAS OU RITUAIS ESPECÍFICOS E NÃO FUNCIONAIS | | | | | | | SIM | | | | NÃO |
| MANEIRISMOS MOTORES ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS (P.EX., AGITAR OU TORCER MÃOS E DEDOS OU MOVIMENTOS COMPLEXOS DE TODO O CORPO): | | | | | | | SIM | | | | NÃO |
| PREOCUPAÇÃO PERSISTENTE COM PARTES DE OBJETOS | | | | | | | SIM | | | | NÃO |
| **I B. TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO “B”** | | | | | | | | | | | |
| O INTERESSADO APRESENTA ATRASOS OU FUNCIONAMENTO ANORMAL EM PELO MENOS UMAS DAS SEGUINTES ÁREAS, COM PROVÁVEL INÍCIO ANTES DOS 3 (TRÊS) ANOS DE IDADE: | | | INTERAÇÃO SOCIAL | | | | | | | | |
| LINGUAGEM PARA FINS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL OU;  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 **AUTISMO ATÍPICO**, OS CRITÉRIOS SINTOMATOLÓGICOS SÃO SEMELHANTES AOS DO TRANSTORNO AUTISTA, OU SEJA, DESENVOLVIMENTO ANORMAL OU ALTERADO MANIFESTADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA NAS SEGUINTES 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 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 | | SIM | NÃO | |
| FRACASSO EM DESENVOLVER RELACIONAMENTOS COM SEUS PARES APROPRIADOS AO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO | | SIM | NÃO | |
| AUSÊNCIA DE TENTATIVAS ESPONTÂNEAS DE COMPARTILHAR PRAZER, INTERESSES OU REALIZAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS (P.EX. NÃO MOSTRAR, TRAZER OU APONTAR OBJETOS DE INTERESSE) | | SIM | NÃO | |
| AUSÊNCIA DE RECIPROCIDADE SOCIAL OU EMOCIONAL | | SIM | NÃO | |
| **ITEM D** | O INÍCIO DOS SINTOMAS SE MANIFESTOU ATÉ OS 5 (CINCO) ANOS DE IDADE | SIM | NÃO | |
| O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÃOES 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** | |
| IDENTIFICAÇÃO:  CNPJ:  CPF DO RESPONSÁVEL:  NOME DO RESPONSÁVEL:  TELEFONE DE CONTATO: (  ) | |
| ESPECIALIDADE: |
| CRM: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | |
| NOME DO(A) PSICÓLOGO(A): | **\*\*** | **UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA DO LAUDO** |
| IDENTIFICAÇÃO:  CNPJ:  CPF DO RESPONSÁVEL:  NOME DO RESPONSÁVEL:  TELEFONE DE CONTATO: (  ) | |
| ESPECIALIDADE: |
| CRP: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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. | | |