



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
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 TÓRCER 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:

- 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 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

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

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. 200 DO CÓDIGO PENAL.

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

