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 SEGUINTES ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS COM LIMITAÇÕES		
☐ COMUNICAÇÃO	☐ HABILIDADES SOCIAIS	☐ SAÚDE E SEGURANÇA	☐ LAZER
☐ CUIDADO PESSOAL	☐ UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE	☐ HABILIDADES ACADÊMICAS	☐ TRABALHO
3	A DEFICIÊNCIA OU RETARDO MENTAL MANIFESTOU-SE ANTES DOS 18 (DEZOITO) ANOS	☐ SIM	☐ 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. ☐		
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	☐ SIM	☐ NÃO
RETARDO PSICOMOTOR GERANDO GRAVE RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE (INCAPACIDADE MOTORA PARA LOCOMOÇÃO)	☐ SIM	☐ NÃO
INCAPACIDADE DE AUTOCUIDADO E DE ATENDER SUAS NECESSIDADES BÁSICAS	☐ SIM	☐ NÃO
OUTROS AGRAVANTES CLÍNICOS E ASSOCIAÇÃO COM OUTRAS MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS	☐ SIM	☐ NÃO
DÉFICIT INTELECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL PROFUNDO	☐ SIM	☐ NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
NOME	CPF

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.

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 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 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.