

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)

☐ 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 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 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

☐ 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 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)

☐ 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 IDIOSINCRÁTICA

☐ 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 SEGUINTE 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 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		☐ 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 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	