

PORTARIA SEF N° 287/2020

Altera a Portaria SEF nº 362, de 2019, que estabelece os modelos oficiais de Laudos e documentos necessários para fins da concessão do benefício fiscal de isenção de ICMS e IPVA na saída de veículo destinado a pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental ou autista.

○ **SECRETÁRIO DE ESTADO DA FAZENDA**, no uso das atribuições estabelecidas no inciso III do parágrafo único do art. 74 da Constituição do Estado e no inciso I do art. 7º da Lei Complementar nº 381, de 7 de maio de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Os Anexos I, II e III da Portaria SEF nº 362, de 27 de novembro de 2019, passam a vigorar de acordo com os Anexos I, II e III desta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 20 de outubro de 2020.

PAULO ELI

Secretário de Estado da Fazenda

DIVERSAS

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		<input type="checkbox"/> NÃO	
DATA DE INÍCIO: ____/____/____					
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	
				PARAPLEGIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
				TETRAPARESIA <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	
				TETRAPLEGIA <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"/> NÃO		QUAL:		MEMBRO COM DEFORMIDADE CONGÊNITA OU ADQUIRIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
				QUAL:	

DIVERSAS

A(S) ALTERAÇÃO(ÕES) ACIMA DESCRITA(S) NÃO É (SÃO) DE ORIGEM ESTÉTICA 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.		
(*) INCAPACIDADE – 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)		
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
NOME		CPF
DEFICIÊNCIA VISUAL		
EM CASO DE DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA É POSSÍVEL INFORMAR A DATA DO INÍCIO?		<input type="checkbox"/> SIM
		<input type="checkbox"/> NÃO
DATA DE INÍCIO: ____/____/____		
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
MÉDICOS 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) 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
** CAMPO A SER PREENCHIDO SOMENTE NA HIPÓTESE DE OS MÉDICOS PERTENCEREM A UNIDADES DE SAÚDE DIFERENTES. Observação: 1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência		

DIVERSAS

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 <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 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		
	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO	<input type="checkbox"/> HABILIDADES SOCIAIS	<input type="checkbox"/> SAÚDE E SEGURANÇA
	<input type="checkbox"/> CUIDADO PESSOAL	<input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE	<input type="checkbox"/> LAZER
		<input type="checkbox"/> HABILIDADES ACADÊMICAS	<input type="checkbox"/> TRABALHO
3	A DEFICIÊNCIA OU RETARDO MENTAL MANIFESTOU-SE ANTES DOS 18 (DEZOITO) ANOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/>		
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		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	ATRASO ACENTUADO NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	ALTERAÇÃO ACENTUADA NO PADRÃO DE MARCHA (DISPRAXIA)		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	AUTOCUIDADOS SIMPLES SEMPRE DESENVOLVIDOS SOB RIGOROSA SUPERVISÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	DÉFICIT INTELECTUAL ATENDENDO AO NÍVEL SEVERO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

DIVERSAS

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 INTELLECTUAL 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:	<p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL</p>
<p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)</p>	
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:	<p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL</p>
<p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PSICÓLOGO (A)</p>	

**** 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;

DIVERSAS

- 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) (*).

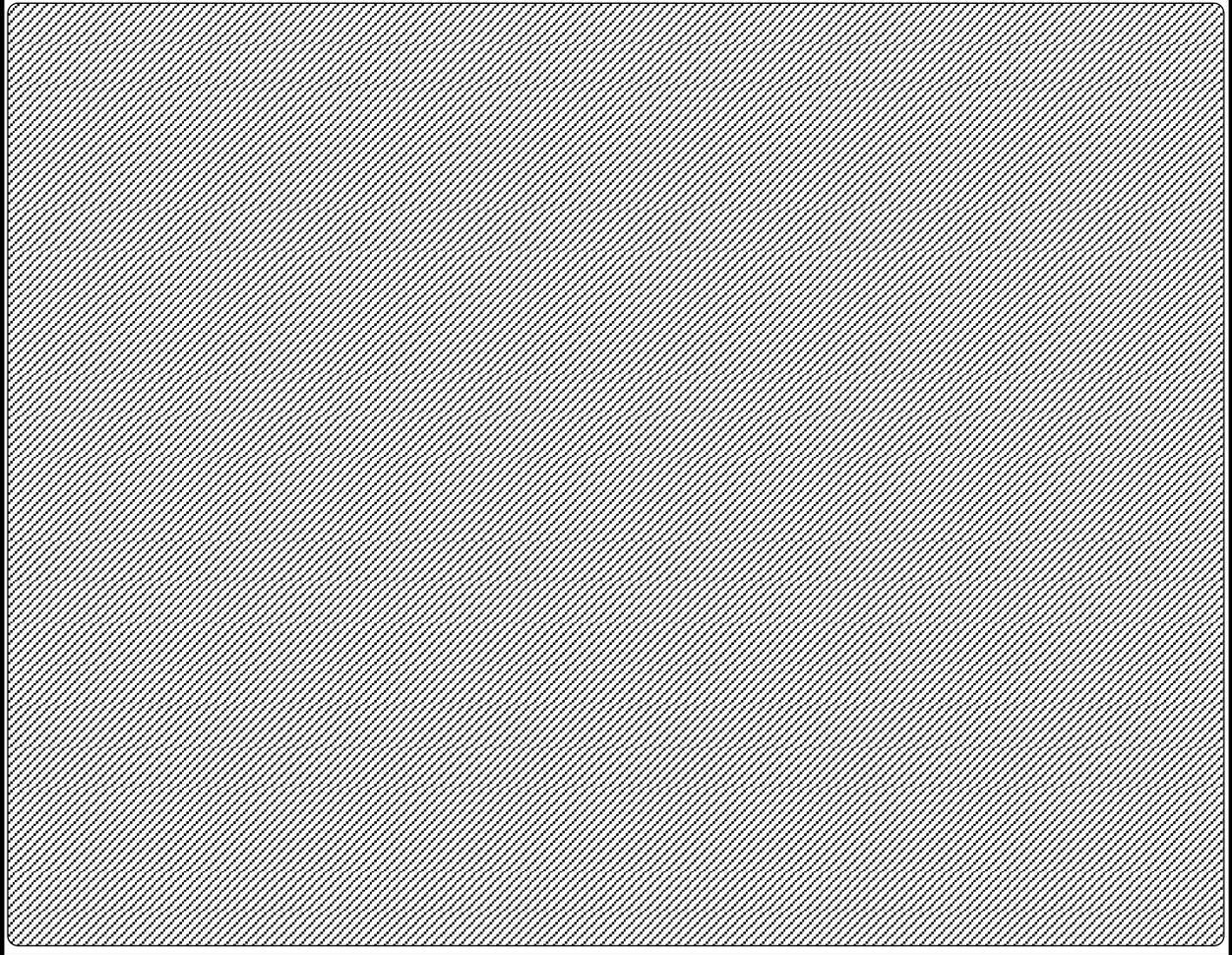
Para tal deverá atender a todos os critérios a seguir para cada nível:

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.



DIVERSAS

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 <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 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

DIVERSAS

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"/> INÍCIO 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)		
<p>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).</p> <p>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.</p>		
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
<p>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.</p>		

DIVERSAS

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: 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	