|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS | **LAUDO DE AVALIAÇÃO - AUTISMO****(Transtorno Autista e Autismo Atípico)** A que se refere a alínea “b” do item 28.5 da Parte 1 do Anexo X do Regulamento do ICMS (RICMS), aprovado pelo Decreto nº 48.589, de 22 de março de 2023 |

|  |
| --- |
| **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 ITEM 28 DA PARTE 1 DO ANEXO X DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO Nº 48.589, DE 22 DE MARÇO DE 2023, QUE O REQUERENTE RETRO QUALIFICADO 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)**FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA FAZENDÁRIACREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA |
| **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. |
|  |  |
|  | ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A) COM CARIMBO DO CRM |  |  | ASSINATURA DO(A)PSICÓLOGA(A) |  |

MOD.06.01.39 – 06/06/2023

|  |
| --- |
|  **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**  |
| NOME | CPF |
|   |   |

FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA

|  |
| --- |
| **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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INCAPACITADO PARA DIRIGIR:**  | **[ ]  SIM**  | **[ ]  NÃO** |
| O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÃOES PRESTADAS, SOB AS PENAS DA LEI Nº 8.137/1990, QUE TRATADOS CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, COMBINADO COM AS DEMAIS SANÇÕES LEGAIS, EM ESPECIAL O DISPOSTO NO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL. |

MOD.06.01.39 – 06/06/2023

|  |
| --- |
| **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. |

|  |
| --- |
|  **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**  |
| NOME | CPF |
|   |   |

FLUXO: VIA ÚNICA: REQUERENTE>CLINÍCA/MÉDICO CREDENCIADO>REQUERENTE>ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA

MOD.06.01.39 – 06/06/2023