|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS | **LAUDO DE AVALIAÇÃO****DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA**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:** | **CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10** (Preencher com tantos códigos quantos forem necessários) |
|       |       |
| DESCRIÇÃO RESUMIDA DA DEFICIÊNCIA:      |

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

|  |
| --- |
| **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[ ]  CUIDADO PESSOAL | [ ]  HABILIDADES SOCIAIS[ ]  UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE | [ ]  SAÚDE E SEGURANÇA [ ]  HABILIDADES ACADÊMICAS | [ ]  LAZER[ ]  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 |
|  |  |  |
| **INCAPACITADO PARA DIRIGIR** | **[ ]  SIM** | **[ ]  NÃO** |
|  |  |  |
|  |  |
| ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A) COM CARIMBO DO CRM | ASSINATURA DO(A) PSICÓLOGO(A) |

MOD.06.01.40 – 06/06/2023

|  |
| --- |
| **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** |
| IDENTIFICAÇÃO:     CNPJ:      CPF DO RESPONSÁVEL:     NOME DO RESPONSÁVEL:     TELEFONE DE CONTATO: (  )       |
| ESPECIALIDADE:       |
| CRM:       | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO RESPONSÁVEL |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) |
| 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 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. |

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

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

MOD.06.01.40 – 06/06/2023