|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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