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

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

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:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. 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.