

Nova redação dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 50/18, efeitos a partir de 26.07.18.

ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38/12, DE 30 DE MARÇO DE 2012.

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ___/___/___
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome: _____		
Data de Nascimento: //	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade nº	Órgão Emissor: _____	UF: _____
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade	CEP: _____	UF: _____
Fone: _____	Email: _____	
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:		
Tipo de Deficiência <input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*) <input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL (*)	Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)	
<p>*observar as instruções deste anexo.</p> <p>1. É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p> <p>2. É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações. Descrição Detalhada da Deficiência</p>	Descrição Detalhada da Deficiência	
Nome: Endereço: _____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ Assinatura do responsável	

Nova redação dada ao Anexo III pelo Conv. ICMS 50/18, efeitos a partir de 26.07.18.

ANEXO III DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____ / ____ / ____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Identidade nº _____		Órgão Emissor: _____	UF: _____
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade _____		CEP: _____	UF: _____
Fone: _____		Email: _____	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.
- Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.

Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____
Nome: _____ Endereço: _____	Nome: _____ Endereço: _____	_____ Assinatura do responsável

Nova redação dada ao Anexo IV pelo Conv. ICMS 135/12, efeitos a partir de 01.01.13.

ANEXO IV DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____ / ____ / ____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Identidade nº _____		Órgão Emissor: _____	UF: _____
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade _____		CEP: _____	UF: _____
Fone: _____		Email: _____	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12, e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Transtorno autista - F.84.0 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Autismo atípico - F.84.1 (CID-10) - observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____
Nome: _____	Nome: _____	_____ Assinatura do responsável
Endereço: _____	Endereço: _____	

INSTRUÇÕES DO ANEXO IV

AUTISMO

(Transtorno Autista e Autismo Atípico)

Critérios Diagnósticos. (baseado no DSM - IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e na Classificação Internacional de Doenças - (CID 10)

I - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0)

Preenchimento do Eixo A e B

Eixo A - Preencher um total de seis ou mais dos seguintes itens observando-se os referenciais mínimos grifados para cada item, ou seja:

(1) 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;

- fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;

- ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);

- ausência de reciprocidade social ou emocional;

(2) 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);

- em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;

- uso estereotipado e repetitivo da linguagem idiossincrática;

- ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento;

(3) 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;

- adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais;

- maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p.ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);

- preocupação persistente com partes de objetos.

Eixo B - Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos umas das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

II - AUTISMO ATÍPICO (F 84.1)

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.

a) é necessária a presença de pelo menos um critério sintomatológico para os itens da área do comportamento qualitativo de interação social

b) 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;
- fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;
- ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);
- ausência de reciprocidade social ou emocional.

c) pode haver ausência dos critérios sintomatológicos em uma das áreas da comunicação e/ou de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades;

d) o início dos sintomas pode se manifestar até os cinco anos de idade.

ANEXO V DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 10 DE MARÇO DE 2012

Carimbo Padronizado CNPJ

DECLARAÇÃO
SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
responsável pela unidade de saúde _____, CNPJ
nº _____, DECLARA, sob as penas da lei, que este serviço médico integra o Sistema Único de
Saúde (SUS).

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

LOCAL/DATA)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Código Penal:

“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.....”