

RELATÓRIO MÉDICO



Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Escolaridade: _____

HISTÓRICO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO*			
* OBS: Nível de Suporte pode flutuar ao longo do desenvolvimento, variando conforme demandas ambientais, intervenções e características individuais			
<input type="checkbox"/> Transtorno do Espectro Autista (TEA)	<input type="checkbox"/> Nível 1 de Suporte	<input type="checkbox"/> Nível 2 de Suporte	<input type="checkbox"/> Nível 3 de Suporte

COMORBIDADES ASSOCIADAS			
<input type="checkbox"/> Transtorno de Ansiedade	<input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Transtorno do Sono	<input type="checkbox"/> Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)	<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	
<input type="checkbox"/> Transtorno de Humor (Depressão)	<input type="checkbox"/> Transtorno de Humor Bipolar (TAB)	<input type="checkbox"/> Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	
<input type="checkbox"/> OUTRAS:			
<input type="checkbox"/> Diagnóstico + Comorbidades(CID-10/CID-11):			

QUADRO CLÍNICO ATUAL	
<input type="checkbox"/>	Comunicação/Linguagem:
<input type="checkbox"/>	Interação social:
<input type="checkbox"/>	Desenvolvimento cognitivo:
<input type="checkbox"/>	Aspectos motores:
<input type="checkbox"/>	Independência/Autonomia nas AVD:
<input type="checkbox"/>	Aprendizado escolar:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rigidez:
	<input type="checkbox"/> Agressividade:
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora:
	<input type="checkbox"/> Estereotípias motoras/vocais:
	<input type="checkbox"/> Interesses restritos:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipossensibilidade:
	<input type="checkbox"/> Hipersensibilidade:
<input type="checkbox"/>	Alimentação

MOBILIDADE FÍSICA	SIM	NÃO
1. Capacidade de Deambulação: O(A) paciente possui marcha funcional, sendo capaz de caminhar de forma independente até um ponto de ônibus e aguardar pelo transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Embarque e Desembarque: O(A) paciente possui habilidade motora para subir e descer os degraus de um ônibus convencional, com o auxílio verbal ou físico leve de um acompanhante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Permanência no Veículo: O(A) paciente consegue se manter sentado(a) com o auxílio e supervisão do responsável durante o movimento do veículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ausência de Impedimento Físico Severo: O(A) paciente apresenta alguma condição motora ou de saúde que o(a) impeça fisicamente de acessar e permanecer em um veículo de transporte coletivo convencional, mesmo com ajuda? (Marcar "NÃO" se não houver impedimento físico severo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Conclusão Funcional: Do ponto de vista estritamente da mobilidade física, o(a) paciente tem condições de utilizar o transporte coletivo convencional, desde que devidamente acompanhado(a) por um responsável que lhe ofereça suporte e segurança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAÇÕES EM USO (NO MOMENTO)

ENCAMINHAMENTOS E RECOMENDAÇÕES	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento para tratamento com equipe multiprofissional, conforme Protocolo Municipal.
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento para avaliação das necessidades em ambiente escolar pela equipe pedagógica da unidade de matrícula. Conforme Lei 17.158 de 18 de setembro de 2019, que Institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA.
<input type="checkbox"/>	Recomendações:

BASE LEGAL
<p>Lei nº 12.764/2012 – Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei Berenice Piana).</p> <p>Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão).</p> <p>Lei nº 17.158/2019 (SP) – Política Estadual para Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA.</p> <p>Constituição Federal de 1988 – arts. 6º, 196 a 200 (direito à saúde), art. 227 (direito da criança e do adolescente).</p> <p>Lei nº 8.069/1990 – ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) – garante prioridade absoluta na proteção integral.</p> <p>Lei nº 8.742/1993 – LOAS – prevê o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência, aplicável ao TEA.</p> <p>Lei nº 9.394/1996 – LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) – garante educação inclusiva.</p> <p>Lei nº 13.438/2017 – torna obrigatória a adoção de protocolos de detecção precoce de risco para o desenvolvimento psíquico infantil no SUS, abrangendo TEA.</p> <p>Lei nº 14.254/2021 – determina acompanhamento integral para alunos com transtorno de aprendizagem na rede escolar.</p> <p>Lei nº 14.626/2023 – institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de validade nacional.</p> <p>Decreto nº 8.368/2014 – regulamenta a Lei nº 12.764/2012.</p> <p>Portaria nº 793/2012 – institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.</p>

SOROCABA, ____/____/____

(Assinatura e Carimbo)
MÉDICO SOLICITANTE

ANEXO I – Diagnóstico TEA

CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão)

CID-10: F84 – Transtornos globais do desenvolvimento:

F84.0 – Autismo infantil

F84.1 – Autismo atípico

CID-11 (Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão)

CID-11: 6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA):

6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

6A02.0 – TEA com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional

6A02.1 – TEA com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional

6A02.2 – TEA sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional

6A02.3 – TEA sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional

6A02.5 – TEA com deficiência intelectual (DI) e ausência de linguagem funcional

6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado

6A02.Z – TEA não especificado

ANEXO II – Diagnóstico Comorbidades Associadas

Condição	CID-10	CID-11
Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)	<p>F31 Transtorno afetivo bipolar</p> <p>F31.0 – Episódio maníaco sem sintomas psicóticos F31.1 – Episódio maníaco com sintomas psicóticos F31.2 – Episódio depressivo F31.3 – Episódio depressivo com sintomas psicóticos F31.4 – Episódio misto F31.5 – Remissão F31.6 – Outro especificado F31.8 – Outros transtornos afetivos bipolares</p>	<p>6A60 – Transtorno bipolar tipo I 6A61 – Transtorno bipolar tipo II 6A6Y – Outro especificado 6A6Z – Não especificado</p>
Transtornos de Humor – Depressão	<p>F32 Episódios depressivos</p> <p>F32.0 – Episódio depressivo leve F32.1 – Episódio depressivo moderado F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos F32.8 – Outros episódios depressivos</p> <p>F33 Transtorno depressivo recorrente</p> <p>F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve F33.1 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado F33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos F33.3 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos F33.4 – Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão F33.8 – Outros transtornos depressivos recorrentes</p> <p>F34 Transtornos de humor persistentes</p> <p>F34.0 – Ciclotimia F34.1 – Distímia</p>	<p>6A70 – Episódio depressivo único 6A71 – Transtorno depressivo recorrente 6A72 – Transtorno depressivo distímico</p>
Transtornos de Ansiedade	<p>F40 Transtornos fóbico-ansiosos</p> <p>F40.0 – Agorafobia F40.1 – Fobia social F40.2 – Fobia específica</p> <p>F41 Outros transtornos ansiosos</p> <p>F41.0 – Transtorno de pânico F41.1 – Ansiedade generalizada F41.2 – Transtorno misto ansioso e depressivo F41.3 – Outros transtornos ansiosos mistos F41.8 – Outros transtornos ansiosos especificados F41.9 – Transtorno ansioso não especificado</p>	<p>6B00 – Ansiedade generalizada 6B01 – Transtorno de pânico 6B02 – Ansiedade de separação 6B03 – Ansiedade social 6B04 – Fobia específica 6B05 – Mutismo seletivo 6B0Y – Outro transtorno de ansiedade especificado 6B0Z – Não especificado</p>



Condição	CID-10	CID-11
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	F42 Transtorno obsessivo-compulsivo F42.0 – Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de idéias ou de ruminções obsessivas F42.1 – Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos [rituais obsessivos] F42.2 – Transtorno obsessivo-compulsivo, forma mista, com idéias obsessivas e comportamentos compulsivos F42.8 – Outros transtornos obsessivo-compulsivos F42.9 – Transtorno obsessivo-compulsivo não especificado	6B20 – Transtorno obsessivo-compulsivo 6B21 – Transtorno dismórfico corporal 6B22 – Transtorno de acumulação 6B23 – Tricotilomania 6B24 – Dermatilomania
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	F90 Transtornos hipercinéticos F90.0 – Distúrbio de atividade e atenção F90.1 – Transtorno hipercinético de conduta F90.8 – Outros transtornos hipercinéticos F90.9 – Transtorno hipercinético não especificado	6A05 – Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)	F91 Distúrbios de conduta F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado F91.3 – Transtorno desafiador de oposição	6C90 – Transtorno de oposição desafiante
Transtornos do Sono	G47 Distúrbios do sono G47.0 – Insônia G47.1 – Hipersonia G47.2 – Distúrbios do ciclo vigília-sono G47.3 – Apneia do sono G47.4 – Narcolepsia G47.8 – Outros distúrbios do sono G47.9 – Distúrbio do sono, não especificado	7A00 – Transtorno de insônia 7A01 – Hipersonolência 7A02 – Narcolepsia 7A03 – Transtorno respiratório do sono 7A04 – Distúrbios do ritmo circadiano 7A0Y – Outro especificado 7A0Z – Não especificado
Deficiência Intelectual	F70-F79 Retardo mental F70 – Leve F71 – Moderada F72 – Grave F73 – Profundo F78 – Outro especificado F79 – Não especificado	6A00.0 – Leve 6A00.1 – Moderada 6A00.2 – Grave 6A00.3 – Profunda 6A00.Y – Outro especificado 6A00.Z – Não especificado
Epilepsia	G40 Epilepsia G40.0 – Epilepsia focal idiopática G40.1 – Epilepsia focal sintomática G40.2 – Epilepsia generalizada idiopática G40.3 – Epilepsia generalizada sintomática G40.4 – Epilepsia parcial e generalizada combinada G40.5 – Epilepsia especial G40.8 – Outras epilepsias G40.9 – Epilepsia, não especificada	8A60 – Epilepsia 8A61 – Epilepsia focal 8A62 – Epilepsia generalizada 8A63 – Epilepsia de início indeterminado 8A6Y – Outro tipo especificado 8A6Z – Não especificado

ANEXO III

Níveis de Suporte no TEA (DSM-5)

O **DSM-5** descreve 3 níveis de suporte, avaliando **dois domínios centrais**:

1. **Comunicação social** (interação, reciprocidade, manutenção de relações)
2. **Comportamentos restritivos e repetitivos** (rigidez, interesses fixos, estereotípias)

Nível 1 Requer Suporte	Nível 2 Requer Suporte Substancial	Nível 3 Requer Suporte Muito Substancial
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social: Dificuldades perceptíveis sem apoio; prejuízo em iniciar interações sociais; respostas atípicas; pode ter dificuldade em manter conversas. • Comportamentos restritivos/repetitivos: Infere rigidez que causa problemas significativos em um ou mais contextos (ex.: dificuldade em alternar atividades). • Exemplo clínico: Criança/adulto que fala fluentemente, mas tem dificuldades em compreender sutilezas sociais; comportamento rígido causa estresse em ambientes novos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social: Déficits marcantes, aparentes mesmo com apoio; comunicação verbal e não verbal limitada; interações sociais restritas. • Comportamentos restritivos/repetitivos: Frequentes, óbvios e interferem no funcionamento em diversos contextos. • Exemplo clínico: Pessoa que fala frases simples, cuja interação é restrita a tópicos muito específicos; dificuldade grande de lidar com mudanças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação social: Déficits severos, interferindo significativamente; fala mínima ou ausência de linguagem funcional; raramente inicia interações sociais. • Comportamentos restritivos/repetitivos: Movimentos estereotipados frequentes, resistência extrema a mudanças, interferindo fortemente no cotidiano. • Exemplo clínico: Indivíduo não verbal, com comunicação limitada a gestos simples, altamente dependente de apoio em tarefas básicas.

Fonte: Adaptado da DSM-5, Seção II, Transtornos do Neurodesenvolvimento – Transtorno do Espectro Autista.

Checklists de Níveis de Suporte – TEA (DSM-5)

Nível 1 – Requer Suporte		Nível 2 – Requer Suporte Substancial		Nível 3 – Requer Suporte Muito Substancial	
Comunicação social		Comunicação social		Comunicação social	
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em iniciar interações sociais.	<input type="checkbox"/>	Déficits verbais e não verbais marcantes, evidentes mesmo com suporte.	<input type="checkbox"/>	Déficits graves na comunicação verbal e não verbal.
<input type="checkbox"/>	Respostas atípicas em conversas ou interações.	<input type="checkbox"/>	Linguagem verbal limitada (frases curtas, vocabulário restrito).	<input type="checkbox"/>	Ausência de linguagem funcional ou uso mínimo de palavras.
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em manter reciprocidade social (ex.: troca de turnos, contato visual).	<input type="checkbox"/>	Poucas tentativas de iniciar interações.	<input type="checkbox"/>	Raramente inicia interações sociais.
<input type="checkbox"/>	Consegue se comunicar, mas de forma superficial ou restrita.	<input type="checkbox"/>	Compreensão limitada de regras sociais básicas.	<input type="checkbox"/>	Comunicação limitada a gestos simples, ecolalia ou uso de dispositivos alternativos.
Comportamentos restritivos/repetitivos		Comportamentos restritivos/repetitivos		Comportamentos restritivos/repetitivos	
<input type="checkbox"/>	Rigidez comportamental perceptível em ambientes escolares ou de trabalho.	<input type="checkbox"/>	Estereotípias ou interesses restritos frequentes, difíceis de redirecionar.	<input type="checkbox"/>	Movimentos estereotipados frequentes e de difícil manejo.
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em alternar entre atividades/tarefas.	<input type="checkbox"/>	Sofrimento significativo diante de pequenas mudanças de rotina.	<input type="checkbox"/>	Resistência extrema a mudanças, podendo gerar crises graves.
<input type="checkbox"/>	Resistência moderada a mudanças de rotina.	<input type="checkbox"/>	Comportamentos rígidos interferem em múltiplos contextos (casa, escola, trabalho).	<input type="checkbox"/>	Interesses fixos ou restritos que ocupam quase todo o tempo da pessoa.
<input type="checkbox"/>	Interesses fixos que podem interferir parcialmente no funcionamento diário.	<input type="checkbox"/>	Necessidade de ambiente estruturado para reduzir crises.	<input type="checkbox"/>	Necessidade de suporte intenso e contínuo em atividades básicas de vida diária.

Fonte: Adaptado da DSM-5, Seção II, Transtornos do Neurodesenvolvimento – Transtorno do Espectro Autista.

Observação: A linguagem representa o critério mais relevante na definição do grau de suporte requerido