



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

ANEXO IV

Prezado(a) médico(a), este formulário tem como objetivo embasar a decisão judicial acerca das intervenções de saúde, que, muitas vezes, têm impacto social relevante sobre a gestão da saúde pública e/ou privada. Este relatório precisa ser preenchido com as melhores e adequadas informações, com letra legível, bem como informações verdadeiras, para não caracterizar uma falsa declaração e infração do código de ética.

1. INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE:

Nome:

CRM:

Especialidade:

RQE:

Área de Atuação:

RQE:

Vínculo com o paciente: Serviço SUS ()

Serviço Privado ()

Local de trabalho onde atende o paciente:

Há quanto tempo é responsável pelo tratamento do paciente:

Há conflito de interesse?

2. INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

Nome:

Idade:

Data do nascimento:

CPF:

CNS:



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

3. DADOS DO DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico confirmado de Transtorno do Espectro do Autismo confirmado () SIM () NÃO

Suspeita de Transtorno do Espectro do Autismo () SIM () NÃO

Atraso Global do desenvolvimento () SIM () NÃO

CID: DSM V TR:

Data do diagnóstico: Idade na época do diagnóstico:

4. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:

Idade do início do quadro:

Alterações de: () linguagem () sono () alimentação () comportamento () higiene pessoal ()
socialização

Descreva: evolução dos sintomas, atrasos nos marcos do desenvolvimento, marcos adquiridos,
dismorfias:



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares:

() NÃO () SIM Descreva:

História familiar de TEA/Deficiência intelectual ou pais consanguíneos, descreva:

Exames auditivos realizados: () Triagem Auditiva Neonatal/Teste da Orelhinha/EOA ()
PEATE/BERA () Audiometria resultado:

Comorbidades:

() TDAH () Episódio Depressivo atual () Transtorno de ansiedade atual () TOD () Deficiência Intelectual () Epilepsia () Paralisia Cerebral () outras doenças neurológicas, qual?



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

() doenças somáticas, qual?

() Síndrome genética, qual?

() outras comorbidades. Qual(ais)?

5. RESULTADO DOS INSTRUMENTOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:

Instrumento de avaliação do desenvolvimento integral da criança (Ministério da Saúde, 2024):

() Provável atraso do desenvolvimento () Alerta para o desenvolvimento () Desenvolvimento adequado

Escala M-CHAT-R (Preencher somente para pacientes entre 16 a 30 meses de idade) *

Pontuação Total Escala M-Chat-R 16 e/ou 18 m:
escala:

Data da aplicação da

() Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco elevado: entre 8-20

Pontuação Total Escala M-CHAT-R 30 meses:
escala:

Data da aplicação da

() Não se aplica (para crianças acima de 30 meses)

*Lei Federal Nº 13.438/2017 tornou obrigatório que toda a criança seja triada entre 18-24 meses para o TEA, mesmo que tenha sinais clínicos e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.

Outro instrumento de rastreio se houver (resultado):



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

6. NÍVEL DE SUPORTE: (De acordo com o DSM – 5 TR qual o nível de suporte atual do paciente):

() **Nível 1 – Exigindo Apoio** – Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.

Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

() **Nível 2 – Exigindo Apoio Substancial** – Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.

Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

() **Nível 3 – Exigindo apoio muito substancial** – Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer as necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.

Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.

7. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:

7.1. Assinale os sinais e sintomas dos **Critérios de Eixo A** (dificuldade na comunicação, linguagem e interação social) dos critérios diagnósticos do DSM 5 TR existentes no paciente:



**Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)**

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

**FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)**

() 1. *Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.*

() 2. *Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.*

() 3. *Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.*

7.2. Assinale os sinais e sintomas dos **Critérios de Eixo B** (padrões restritos e repetitivos de comportamento) dos critérios diagnósticos do DSM 5 TR existentes no paciente:

() 1. *Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).*

() 2. *Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).*

() 3. *Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).*

() 4. *Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).*

8. Qual (quais) exame (s) o paciente já realizou? Descrever resultados e anexá-los.

() Tomografia Computadorizada de Crânio



**Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)**

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

() Ressonância Nuclear Magnética de Crânio

() Eletroencefalograma

() Exames genéticos

() Outros. Especificar quais:

9.0. TRATAMENTOS

9.1. TRATAMENTOS MEDICAMENTOSO

9.1.1. Há necessidade atualmente de intervenções farmacológicas? () Sim () Não

A intervenção farmacológica visa tratar qual (quais) sintoma (s)? Especificar:

9.1.2. Tratamentos medicamentoso em uso ou já realizados para a condição (descrever cada medicamento, quais estão sendo ou foram utilizados, descrever com dose e posologia, por quanto tempo e se houve falha terapêutica):



**Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)**

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

9.1.3. O tratamento medicamentoso previamente instituído apresentou falha ou perda de eficácia?

(☐) Sim (☐) Não

Houve efeito colateral? (☐) Sim (☐) Não Qual/Quais
Descrever as evidências de falha terapêutica:

9.1.4. O tratamento medicamentoso indicado no momento pode ser substituído por outro disponível no SUS? Se não, justifique.

(☐) Risperidona 1mg/ml (☐) Risperidona 1mg (☐) Risperidona 2mg (☐) Clorpromazina (☐) Haloperidol (☐)
Outros

9.2. Comorbidades ou outras condições que possam influenciar na indicação do tratamento atual (descrito no item 4).

9.3. TERAPIAS

9.3.1. Quais as terapias realizadas pelo paciente atualmente?

(☐) Psicologia (☐) Fonoaudiologia (☐) Fisioterapeuta (☐) Terapia Ocupacional (☐) nutricionista Outras.
Quais?

9.3.2. O paciente já está realizando o processo terapêutico? (☐) Não (☐) Sim. Há quanto tempo?



**Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)**

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

9.3.3. Terapias/Tratamentos atuais: (☐) Psicologia (☐) Fonoaudiólogo (☐) Fisioterapia motora

(☐) neurologista/psiquiatra (☐) Terapia Ocupacional (☐) nutricionista (☐) Outros. Quais?

9.3.4. Qual a evolução atingida de acordo com o PTS?

9.3.5. Há laudo dos terapeutas? (Favor anexar) (☐) Sim (☐) Não

10. De acordo com seu plano terapêutico quais são as condutas para este caso? (Descreva o Plano Terapêutico):

11. VIGILÂNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR (anexar relatório da escola/creche):

O paciente frequenta a escola? (☐) Sim (☐) Não



**Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)**

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO MÉDICO ASSISTENCIAL PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CID 10 – F84)

Escola Pública () Sim () Não

Escola Particular () Sim () Não

Observações:

12. Outras informações relevantes ao caso.

Ciente dos envolvidos:

Assinatura dos profissionais:

Assinatura dos familiares/responsáveis legais:

Assinatura do Médico/CRM/carimbo:

Local:

Data: