



IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:	
Nome da Pessoa Autista:	
	CPF:
2.4 Descrição	
TRANSTORNO AUTISTA ATÍPICO (F84.1)	
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	
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	
ITEM A	Descrição de ao menos UM dos critérios sintomatológicos para os itens da área do comportamento qualitativo de interação social PRESENTES no paciente submetido ao laudo de avaliação:
ITEM B	Descrição dos critérios sintomatológicos AUSENTES no paciente submetido ao laudo de avaliação em uma das áreas da comunicação e/ou de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades:
ITEM C	O interessado apresenta comprometimento qualitativo da interação social, manifestado pelos seguintes aspectos:
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.
<input type="checkbox"/>	ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).
<input type="checkbox"/>	ausência de reciprocidade social ou emocional.
ITEM D	O início dos sintomas se manifestou até os 5 (cinco) anos de idade:
<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não
3 Declaração de Responsabilidade	
DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, INCLUSIVE OS LEGAIS, QUE AS INFORMAÇÕES CONSTANTES DESTES FORMULÁRIO, SUBSCRITO POR MIM, REFERENTE AO PACIENTE IDENTIFICADO NO ITEM 1.1 DESTES DOCUMENTO, EXPRESSAM A VERDADE.	
4. ASSINATURA	
4.2 Nome do Médico:	
CPF:	CRM:
ESPECIALIDADE MÉDICA:	
Assinatura:	
Assinatura, Carimbo e Registro no CRM (Só terá validade após reconhecimento de firma em cartório)	