



CÂMARA MUNICIPAL DE

**LEME/SP**

EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE LEME.

**REQUERIMENTO Nº 235 / 2025**

**Requer Informações sobre encaminhamento médico para criança com transtorno do espectro do autismo não atendido até o momento.**

O Vereador que esta subscreve, nos termos do Art. 218 e seguintes do Regimento Interno, apresenta para conhecimento da Casa o Requerimento a ser encaminhada ao Senhor Prefeito, sugerindo o que segue:

**CONSIDERANDO** que, conforme laudo médico abaixo, datado de 09 de agosto de 2024, a criança T.M.S, nascido em 15/07/2020, foi diagnosticado com TEA (Transtorno do Espectro do Autismo), e no mesmo dia foi solicitado encaminhamento para as especialidades fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo, e, embora os pais terem tomado as medidas cabíveis até o momento a criança não foi atendida por nenhuma das especialidades solicitadas na rede pública.

**REQUER** à Mesa, ouvido o Plenário, e cumpridas as formalidades regimentais seja inserido na Ata de nossos trabalhos e após enviado ofício ao Prefeito Municipal, solicitando que envie a esta Casa de Leis as seguintes informações:

1. Qual o período que está demorando para que esses tipos de encaminhamentos sejam atendidos.
2. Quantos fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogo tem que na rede pública que possam atender crianças e adultos com transtorno do espectro do autismo.

Sala das Sessões “Professor Arlindo Fávaro”, em 30 de junho de 2025.

**ADEMIR ALBANO LOPES**  
**Vereador**



CÂMARA MUNICIPAL DE

LEME/SP

CENTRO DE REFERÊNCIA DA PESSOA COM AUTISMO

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LEME**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
RUA DR. QUERUBINO SOEIRO, 231 - CENTRO - LEME/SP, 13610-080  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Avenida Celso Confarini, 425 - Fone: 3591-1448

**Encaminhamento para Agendamento**

Especialidade: Ativo + To + Psicologia  
Local: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: THAY M DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 1 / 1 Sexo: \_\_\_\_\_  
R.G.: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_  
Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Nome do Responsável: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Telefone / Contato: \_\_\_\_\_

**Histórico da Doença**  
O médico solicitante deverá informar o Histórico da Doença, exames realizados, CID e motivo do encaminhamento.

CID 10 F01.0  
Ativo  
Seguimento - 12 meses

Data do encaminhamento: 1 / 1 CID: \_\_\_\_\_

**AGENDAMENTO DA CONSULTA**

Data: 1 / 1 Horário: \_\_\_\_\_ h  
Local da Consulta: \_\_\_\_\_

PRXIO  
TERAPIA OCUPACIONAL  
PSICOLOGIA



CÂMARA MUNICIPAL DE

LEME/SP

Centro de Referência da Pessoa com Autismo



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LEME  
Rua José Manoel de Arruda Oliveira, nº 340 • Bela Vista  
CEP 13611-420 • Leme • SP  
(19) 3097-1053

centroautismoleme@gmail.com e autismosaude@leme.sp.gov.br



### LAUDO MÉDICO

Declaramos para os devidos fins que THO m. nos. 30003  
nascido(a) em 10/02/2020, tem diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) de acordo com  
o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Americano 5ª edição - DSM-5 (APA, 2014)<sup>1</sup>,  
Classificação Internacional de Doenças 10ª edição - CID-10 (OMS, 1997)<sup>2</sup> e CID-11 (WHO, 2019)<sup>3</sup>, sob os  
códigos CID-10 F84.0 e CID-11 6A02.

Vale ressaltar que:

"Os critérios diagnósticos essenciais do TEA consiste em: (a) deficits persistentes na comunicação social e na interação social e (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Essas características estão presentes desde períodos precoces do desenvolvimento e provocam prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo."<sup>4</sup>

Sem mais, nos colocamos para eventuais dúvidas.<sup>4</sup>

Leme, 07 de 08 de 2024

Théo Victor Ramalho  
Médico CRMSP 210000

Assinatura e carimbo.

Rafaela Mantovan Peres

Responsável autoriza a divulgação do CID e assina acima.

<sup>1</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

<sup>2</sup> Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo, 1997.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019.

<sup>4</sup> Este laudo não poderá ser utilizado para fins diferentes do apontado no item de identificação, que possui caráter sigiloso, que se trata de documento extrajudicial e que não se responsabiliza pelo uso dado ao relatório por parte da pessoa, grupo ou instituição, após a sua entrega em entrevista devolutiva.