



CÂMARA MUNICIPAL DE
LEME/SP

EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE LEME.

REQUERIMENTO N° 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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO N° 337/2016

RUA DR. QUERUBINO SOEIRO, 231 – CENTRO – LEME/SP – CEP 13610-080 – PABX: 3097-0100

EMAIL: secretaria@camaraleme.sp.gov.br - SITE: camaraleme.sp.gov.br



CÂMARA MUNICIPAL DE
LEME/SP

CENTRO DE REFERÊNCIA DA PESSOA COM AUTISMO
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LEME
ESTADO DE SÃO PAULO
Av. Presidente Dutra, 1.480 - Centro - CEP 13610-080
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Celso Contriari, 426 - Fone: 3591-0333/1448

Encaminhamento para Agendamento

Especialidade: *Autism + TDAH + Psicologista*
Local:

Nome do Paciente: *Júlio Cesar dos Santos*
Data de Nascimento: */ /* Sexo:
R.G.: *CRM* CPF:
Nº do Cartão do SUS:
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Nome do Responsável:
Endereço:
Bairro: *Centro* CEP:
Município:
Telefone de contato: *(13) 3591-0333*

Encaminhado por: *Medo CRM/CP 2000* CRM: *2000*
(Indicar nome do médico, especialidade)
Município: *Leme* Telefone / Contato: *(13) 3591-0333*

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

C.D. 10/2000
Autism
Seguimento - Lema 2005

Data do encaminhamento: */ /* CID:

AGENDAMENTO DA CONSULTA

Data: */ /* Horário: *: h*
Local da Consulta:

Fono
Terapia ocupacional
Psicologista

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO N° 337/2016

RUA DR. QUERUBINO SOEIRO, 231 – CENTRO – LEME/SP – CEP 13610-080 – PABX: 3097-0100

EMAIL: secretaria@camaraleme.sp.gov.br - SITE: camaraleme.sp.gov.br



CÂMARA MUNICIPAL DE LEME/SP

CENTRO DE REFERÊNCIA DA PESSOA COM
AUTISMO

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
centroautisolem@gmail.com e autismosauda@leme.sp.gov.br



LAUDO MÉDICO

Declaramos para os devidos fins que Thiago M. dos Santos, nascido(a) em 15/07/2020, 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)¹, Classificação Internacional de Doenças 10ª edição - CID-10 (OMS, 1997)² e CID-11 (WHO, 2019)³, sob os códigos CID-10 F84.0 e CID-11 6A02.

Vale ressaltar que:

"Os critérios diagnósticos essenciais do TEA consiste em: (a) déficits 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."⁴

Sem mais, nos colocamos para eventuais dúvidas.⁴

Leme, 07 de 08 de 2024

Tiago Filho Ramalho
Médico CRMSP: 218000

Assinatura e carimbo.

Rafaela Mantova Pereira
Responsável autoriza a divulgação do CID e assina acima.

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

² Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo; 1997.

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019.

⁴ 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.