

Palácio dos Bandeirantes  
Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 246 – DOE – 11/12/20 - seção 1 – p. 11

Fazenda e Planejamento  
COORDENADORIA DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

#### Portaria CAT-96, de 10-12-2020

Altera a Portaria CAT 18/13, de 21-02-2013, que estabelece procedimentos para o reconhecimento da isenção do ICMS na aquisição de veículo automotor novo por pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista e na operação interna com acessórios e adaptações especiais para serem instalados em veículo Automotor

O Coordenador da Administração Tributária, tendo em vista o disposto no artigo 19 do Anexo I do Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - RICMS, aprovado pelo Decreto 45.490, de 30-11-2000, e no Convênio ICMS 50/18, de 5 de julho de 2018, expede a seguinte portaria:

Artigo 1º - Passam a vigorar, com a redação que se segue, os dispositivos adiante indicados da Portaria CAT 18/13, de 21-02-2013:

I - o inciso II do artigo 2º:

“II - a inexistência de débitos fiscais em nome do adquirente para com a Secretaria da Fazenda e Planejamento deste Estado.” (NR);

II - a alínea “b” do inciso III do artigo 4º:

“b) nos primeiros 4 anos, contados da data da aquisição, o veículo não poderá ser alienado sem autorização do fisco;” (NR);

III - do artigo 13:

a) o “caput”, mantidos os seus incisos:

“Artigo 13 - O benefício previsto neste capítulo somente poderá ser utilizado uma única vez no período de 4 anos contados da data da aquisição do veículo, ressalvados os casos excepcionais em que ocorra a destruição completa do veículo ou seu desaparecimento, devendo o adquirente recolher o imposto com os acréscimos legais, a partir da data da aquisição constante na Nota Fiscal relativa à venda, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, nas hipóteses de:” (NR);

b) o inciso I, mantidas as suas alíneas:

“I - nos 4 primeiros anos, contados da data da aquisição:” (NR);

IV - do artigo 19:

a) o “caput”:

“Artigo 19 - Para a inclusão de novos contribuintes no Anexo X, na qualidade de oficinas especializadas ou de concessionárias autorizadas, deverá ser entregue, no Posto Fiscal a que estiver vinculado o contribuinte, requerimento dirigido ao Diretor de Atendimento, Gestão e Conformidade, em 2 (duas) vias, assinadas por representante legal ou procurador habilitado.” (NR);

b) o § 3º:

“§ 3º - Compete ao Diretor de Atendimento, Gestão e Conformidade decidir e propor a inclusão ou exclusão de contribuintes do Anexo X, na qualidade de oficinas especializadas ou concessionárias autorizadas.” (NR);

**"ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ICMS - pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista**

**Ao****Chefe do Posto Fiscal de \_\_\_\_\_ - SP da Delegacia Regional Tributária de****01 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

NOME	
CPF nº	RG nº

**02 - ENDEREÇO**

Rua, Avenida, etc.		Número	Andar, Sala, etc
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP
Telefone	celular	e-mail	

A pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou o autista acima identificada, representada por \_\_\_\_\_ (nome do representante legal, se for o caso) requer respeitosamente a V.Sa. o reconhecimento prévio da isenção prevista no artigo 19 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto 45.490, de 30-11-2000.

Para tanto, faz juntada ao presente dos documentos exigidos no artigo 1º da Portaria CAT 18/2013.

Declara que, nos últimos 4 anos, não adquiriu veículo novo com isenção de ICMS, que não possui, em nenhuma unidade federada, pedido pendente de aprovação com a mesma finalidade e que residiu no(s) seguinte(s) endereço(s):

Declara ainda, ser autêntica e verdadeira toda a documentação apresentada.

\_\_\_\_\_  
(local e data) (assinatura do requerente ou representante legal)

" (NR);

VI - o Anexo III:

**ANEXO III**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**  
(a que se refere o inciso II do artigo 1º da Portaria CAT 18/13)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
Data: / /

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES		
Nome: _____		
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	
Identidade nº	Orgão Emissor:	UF:
Mãe: _____		
Pai: _____		
Responsável (Representante legal): _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Cidade	CEP:	UF:
Fone:	Email:	

Atestamos para a finalidade de concessão do benefício previsto no artigo 19 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 45.490, de 30 de novembro de 2000, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças
	CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
Deficiência física*  Deficiência visual *  *observar as instruções deste anexo.	Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____ _____

_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM
Nome: _____ Endereço: _____ _____

Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ _____
CNPJ: _____
Nome e CPF do responsável: _____

INSTRUÇÕES DO ANEXO III  
NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA A AQUISIÇÃO DO BENEFÍCIO PREVISTO NO ARTIGO 19 DO ANEXO I DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490, DE 30-11-2000.

DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL (1)

DEFINIÇÕES

I - É considerada pessoa portadora de deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II - É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°, ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

(1) Observação: A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência " (NR);

VII - o Anexo VIII:

### "ANEXO VIII

#### REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ICMS NA AQUISIÇÃO DE PEÇAS DESTINADAS À ADAPTAÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR NOVO OU USADO

Ao Chefe do Posto Fiscal de \_\_\_\_\_ - SP da Delegacia Regional Tributária de \_\_\_\_\_

#### 01 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME	
CPF nº	RG nº

#### 02 - ENDEREÇO

Rua, Avenida, etc.		Número	Andar, Sala, etc
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP
Telefone	celular	e-mail	

A pessoa com deficiência física, acima identificada, requer respeitosamente a V.Sa. o reconhecimento prévio da isenção prevista no inciso I do artigo 17 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto 45.490, de 30-11-2000.

Para tanto, faz juntada ao presente dos documentos exigidos no artigo 14 da Portaria CAT 18/2013:

Declara que, nos últimos 4 anos, não adquiriu veículo novo com isenção de ICMS e que residiu no(s) seguinte(s) endereço(s):

Declara, ainda, ser autêntica e verdadeira toda a documentação apresentada.

\_\_\_\_\_  
(local e data) (assinatura do requerente ou representante legal)  
" (NR);

**“ANEXO IX**

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO

**AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE PEÇAS PARA SEREM INSTALADAS EM VEÍCULO AUTOMOTOR DESTINADO AO USO EXCLUSIVO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA IMPOSSIBILITADA DE DIRIGIR VEÍCULO CONVENCIONAL.**

Em \_\_\_\_\_ Válida até \_\_\_\_\_

NOME DO(A) REQUERENTE			CPF Nº	
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL

TENDO EM VISTA O REQUERIMENTO APRESENTADO PELO(A) INTERESSADO(A) ACIMA IDENTIFICADO(A) POR MEIO DO EXPE-DIENTE xxxxx

1. RECONHEÇO O DIREITO À ISENÇÃO DO ICMS, INSTITUÍDA PELO CONVÊNIO ICMS 55/98, DE 26-06-1998, e PREVISTA NO ARTIGO 17 DO ANEXO I DO REGULAMENTO DO ICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490 DE 30-11-2000;

2. AUTORIZO A AQUISIÇÃO DE ACESSÓRIOS E ADAPTAÇÕES PARA SEREM INSTALADAS EM VEÍCULO AUTOMOTOR PERTENCENTE A PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA QUE NECESSITA DE VEÍCULO COM CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS.

ASSINATURA / CARIMBO / DATA / MATRÍCULA DA AUTORIDADE  
COMPETENTE

OBS: A TRANSMISSÃO DO VEÍCULO ADAPTADO PARA SEU USO EXCLUSIVO A PESSOA QUE NÃO FAÇA JUS AO MESMO TRATAMENTO FISCAL, NOS 4 PRIMEIROS ANOS CONTADOS DA DATA DA AQUISIÇÃO DOS PRODUTOS BENEFICIADOS COM A ISENÇÃO; A MODIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO VEÍCULO, PARA RETIRAR-LHE O CARÁTER DE ESPECIALMENTE ADAPTADO; O SEU EMPREGO EM FINALIDADE QUE NÃO JUSTIFICOU A ISENÇÃO OU O NÃO ATENDIMENTO DA EXIGÊNCIA DE APRESENTAR CÓPIA AUTENTICADA DOS DOCUMENTOS ACARRETRARÁ O RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DISPENSADO, COM ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ACRÉSCIMOS LEGAIS, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAIS CABÍVEIS.

1ª VIA: ESTABELECIMENTO VENDEDOR, QUE DEVERÁ RECEBER-LA DO INTERESSADO E CONSERVÁ-LA PELO PRAZO MÍNIMO DE 5 ANOS;

2ª VIA: FABRICANTE, NA HIPÓTESE DE OS ACESSÓRIOS OU AS ADAPTAÇÕES ESPECIAIS SEREM ADQUIRIDOS DIRETAMENTE DO FABRICANTE, DEVENDO ESTE CONSERVÁ-LA PELO PRAZO MÍNIMO DE 5 ANOS;

3ª VIA: POSTO FISCAL QUE RECONHECEU A ISENÇÃO, DEVERÁ CONTER O RECIBO DA 1ª, 2ª e 3ª VIAS ASSINADO PELO(A) INTERESSADO(A)

ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL (NR).

Artigo 2º - Ficam acrescentados, com a redação que se segue, os dispositivos adiante indicados ao Anexo X da Portaria CAT 18/13, de 21-02-2013:

I - a alínea "c" ao item 9;

"c) EVANDRO FERNANDES 10223041866 - oficina especializada

CNPJ: 31.917.325/0001-67 - Inscrição Estadual: 407.673.946.118

Endereço: Rua João Charamonte, 70, Casa 21 - Caxambu - Jundiaí - SP - CEP 13218-670" (NR);

II - o item 12A;

"12A - Nova Odessa:

a) RAFAEL CIRIACO - oficina especializada

CNPJ: 19.669.703/0001-35 - Inscrição Estadual: 482.047.310.113

Endereço: Rua Herman Jankovitz, 173 - Jardim Santa Rosa - Nova Odessa - SP - CEP 13460-000" (NR).

Artigo 3º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, exceto em relação:

I - aos incisos I a VI do artigo 1º, que produzem efeitos desde 26-07-2020;

II - aos incisos VII e VIII do artigo 1º, que produzem efeitos desde 16-10-2020.

#### Portaria CAT-95, de 9-12-2020

*Altera a Portaria CAT 27/15, de 26-02-2015, que disciplina o reconhecimento de imunidade, a concessão de isenção, a dispensa de pagamento e a restituição relativamente ao imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, e dá outras providências*

O Coordenador da Administração Tributária, tendo em vista o disposto no artigo 21 da Lei 17.293, de 15-10-2020, e no parágrafo único do artigo 1º do Decreto 59.953, de 13-12-2013, expede a seguinte portaria:

Artigo 1º - Passam a vigorar, com a redação que se segue, os dispositivos adiante indicados da Portaria CAT 27/15, de 26-02-2015:

I - o inciso III do "caput" do artigo 5º;

"III - tratando-se de veículo do qual pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista seja seu proprietário, arrendatário ou devedor fiduciante:

a) caso a pessoa com deficiência física seja a condutora do veículo:

1 - laudo pericial conforme modelo constante no Anexo I, emitido por clínica e profissionais cadastrados na Secretaria da Fazenda e Planejamento, contendo, ao menos, uma das restrições indicadas no § 3º;

2 - DANFE relativo à aquisição de acessórios ou adaptações especiais e documento fiscal emitido por oficinas especializadas ou concessionárias autorizadas, devidamente cadastradas perante a Secretaria da Fazenda e Planejamento, relativo à instalação das adaptações aplicadas ao veículo conforme as restrições constantes na Carteira Nacional de Habilitação - CNH e no laudo pericial, contendo, a identificação do destinatário e placa, número RENAVAL ou chassis do veículo;

3 - Certificado de Segurança Veicular, emitido por Instituição Técnica Licenciada (ITL) pelo Denatran, discriminando as adaptações aplicadas;

4 - Carteira Nacional de Habilitação - CNH, contendo, ao menos, uma das restrições para dirigir veículos indicadas no § 3º;

5 - comprovante de endereço do interessado;

6 - declaração de que não possui outro veículo com o benefício;

b) caso a pessoa com deficiência física, visual, ou mental severa ou profunda, ou autista não seja a condutora do veículo:

1 - laudo pericial conforme modelo constante no Anexo I, II, III ou IV, observada a hipótese à qual se aplica cada modelo, emitido por clínica e profissionais cadastrados na Secretaria da Fazenda e Planejamento, contendo expressa menção à incapacidade total e permanente para conduzir veículo automotor;

2 - autorização identificando os condutores do veículo, de acordo com o previsto nos §§ 2º e 3º do artigo 5º-A e conforme modelo constante no Anexo V;

3 - CNH dos condutores autorizados;

4 - comprovante de endereço do interessado e dos condutores identificados na autorização prevista no item 2;

5 - declaração de que não possui outro veículo com o benefício;

c) em se tratando de veículo novo:

1 - DANFE relativo à aquisição do veículo;

2 - formulário RENAVAL com etiqueta da placa do veículo." (NR);

II - os §§ 2º e 3º do artigo 5º-A:

"§ 2º - Caso o beneficiário da isenção não seja o condutor, o veículo deverá ser dirigido por condutor autorizado pelo beneficiário ou pelo seu tutor, curador ou representante legal.

§ 3º - Para fins do estabelecido no § 2º, deverão ser indicados até 3 condutores autorizados, observando-se o que se segue:

1 - os condutores indicados deverão residir, alternativamente:

a) no mesmo município do beneficiário da isenção;

b) em município distinto do beneficiário da isenção, desde que a distância entre sua residência e a residência do beneficiário da isenção seja inferior a 15 quilômetros;

2 - será permitida a substituição dos condutores autorizados, desde que o beneficiário da isenção, diretamente ou por intermédio de seu tutor, curador ou representante legal, informe o fato à autoridade fiscal, mediante apresentação de formulário conforme o Anexo VI, acompanhado de comprovante de endereço do condutor substituído." (NR).

Artigo 2º - Ficam acrescentados, com a redação que se segue, os dispositivos adiante indicados à Portaria CAT 27/15, de 26-02-2015:

I - os §§ 3º, 4º e 5º ao artigo 5º;

"§ 3º - As restrições para dirigir o veículo, constantes do Anexo XV da Resolução Contran 425, de 27-11-2012, são as seguintes:

1 - obrigatório o uso de acelerador à esquerda - código C na CNH;

2 - obrigatório o uso de empunhadura/manopla/pomo no volante - código e na CNH;

3 - obrigatório o uso de acelerador e freio manual - código H na CNH;

4 - obrigatório o uso de adaptação dos comandos de painel ao volante - código I na CNH;

5 - obrigatório o uso de adaptação dos comandos de painel para os membros inferiores e/ou outras partes do corpo - código J na CNH;

6 - obrigatório o uso de veículo com prolongamento da alavanca de câmbio e/ou almofadas fixas de compensação de altura e/ou profundidade - código K na CNH;

7 - obrigatório o uso de veículo com prolongadores dos pedais e elevação do assoalho e/ou almofadas fixas de compensação de altura e/ou profundidade - código L na CNH;

8 - obrigatório o uso de motocicleta com pedal de câmbio adaptado - código M na CNH;

9 - obrigatório o uso de motocicleta com pedal de freio traseiro adaptado - código N na CNH;

10 - obrigatório o uso de motocicleta com manopla do freio dianteiro adaptada - código O na CNH;

11 - obrigatório o uso de motocicleta com manopla de embreagem adaptada - código P na CNH;

12 - obrigatório o uso de motocicleta com carro lateral ou triciclo - código Q na CNH;

13 - obrigatório o uso de motoneta com carro lateral ou triciclo - código R na CNH." (NR);

"§ 4º - Não será exigida a indicação de restrição prevista no § 3º, quando o laudo pericial acusar expressamente que a pessoa interessada apresenta uma das seguintes patologias em caráter permanente:

1 - hemiplegia lateral esquerda;

2 - monoplegia de membro superior esquerdo ou direito, ou de membro inferior esquerdo;

3 - diplegia dos membros superiores;

4 - amputação traumática de membro superior esquerdo ou direito, localizada entre o ombro e o punho;

5 - amputação traumática de membro inferior esquerdo, localizada entre a articulação do quadril e o tornozelo." (NR);

"§ 5º - No caso da restrição descrita no item 2 do § 3º, o laudo pericial deverá acusar expressamente que a pessoa apresenta uma das seguintes patologias em caráter permanente:

1 - hemiplegia lateral esquerda;

2 - monoplegia de membro superior esquerdo ou direito;

3 - diplegia dos membros superiores;

4 - amputação traumática de membro superior esquerdo ou direito, localizada entre o ombro e o punho;

5 - encurtamento de membro superior, esquerdo ou direito, que não permita a colocação simultânea de ambas as mãos no aro do volante." (NR);

II - o § 5º ao artigo 5º-A:

"§ 5º - O veículo de propriedade de pessoa beneficiária da isenção deverá portar, no vidro vigia ou no painel traseiro, adesivo com dimensões de 10 centímetros por 10 centímetros, contendo a descrição "Propriedade de pessoa com deficiência, isenta de IPVA - Decreto 65.537/2020", conforme modelo disponibilizado no portal da Secretaria da Fazenda e Planejamento no endereço eletrônico <https://portal.fazenda.sp.gov.br>" (NR);

**"ANEXO I**  
**Laudo Pericial - Deficiência Física**

Data de emissão: / /

**1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:		CPF:	
Data de Nascimento: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Identidade nº	Órgão Emissor:
Nome da Mãe:		CPF:	
Nome do Pai:		CPF:	
Nome do Responsável (Representante legal):		CPF:	

**2. LAUDO PERICIAL**

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no artigo 5º, III da Portaria CAT nº 27/2015 que o requerente retro qualificado tem a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequelas)	
Deficiência Física	Patologias	Sequelas

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica e apresenta déficit funcional no segmento corpóreo \_\_\_\_\_, com limitação dos movimentos de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
decorrente de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. CONCLUSÃO**

O periciado:

- não é portador de deficiência física permanente que o tornam parcial ou totalmente incapaz para conduzir veículo
- é portador de sequela permanente e capaz de conduzir veículo convencional, ou equipado com automação da transmissão e/ou direção assistida
- é portador de sequela permanente de plegia, amputação, agenesia ou deformidade congênita de membro e capaz de conduzir veículo convencional equipado com automação da transmissão e/ou especificamente adaptado.
- é portador permanente de deficiência física e incapaz de conduzir veículo

**4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPE
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

#### 1. DEFINIÇÕES

I. Deficiência física: aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, alcançando, tão somente, as deficiências de grau moderado ou grave, acarretando o comprometimento da função física e a incapacidade total ou parcial para dirigir com segurança um veículo automotor convencional (ver item IV), apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

II. Deficiência permanente: a que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

III. Incapacidade: uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV. Veículo automotor convencional: aquele que não recebeu nenhum mecanismo de transferência de controle ou automação dos comandos de dirigibilidade instalados pelo fabricante como equipamento original, inclusive os equipados originalmente de fábrica com automatização da transmissão ou direção assistida.

#### 2. REQUISITOS

1. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a entidade emissora do laudo.

2. Os profissionais e a entidade emissora do laudo devem ser devidamente credenciadas pela Secretaria da Fazenda e Planejamento.

3. A isenção só será concedida se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência física, deficiência permanente e incapacidade (itens I a III, acima).

#### 3. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que foram observadas as definições e os requisitos acima. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de dois médicos ou sem a presença do periciado acarretará na responsabilidade solidária da clínica e médicos emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia ao Conselho Regional de Medicina e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

#### 4. ASSINATURA

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

### Laudo Pericial - Deficiência Física Informações Complementares

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

## 2. DEFICIÊNCIA FÍSICA

O interessado acima identificado foi submetido à perícia perante esta junta médica, na qual se constatou que, para fins de isenção de IPVA, possui deficiência física permanente no(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano:

(Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)

<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Membro Inferior <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Membro Superior <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--	--

A deficiência física constatada acarreta o comprometimento permanente da função física do segmento afetado, representando uma perda ou anormalidade que gera:

- incapacidade total para dirigir veículo automotor
- incapacidade parcial para dirigir veículo automotor convencional, exigindo as seguintes adaptações de acordo com o anexo XV da Resolução Contran nº 425/12:
  - C - obrigatório o uso de acelerador à esquerda
  - H - obrigatório o uso de acelerador e freio manual
  - I - obrigatório o uso de adaptação dos comandos de painel ao volante
  - J - obrigatório o uso de adaptação dos comandos de painel para os membros inferiores e/ou outras partes do corpo
  - K - obrigatório o uso de veículo com prolongamento da alavanca de câmbio e/ou almofadas fixas de compensação de altura e/ou profundidade
  - L - obrigatório o uso de veículo com prolongadores dos pedais e elevação do assoalho e/ou almofadas fixas de compensação de altura e/ou profundidade
  - M - obrigatório o uso de motocicleta com pedal de câmbio adaptado

- N - obrigatório o uso de motocicleta com pedal do freio traseiro adaptado
- O - obrigatório o uso de motocicleta com manopla do freio dianteiro adaptada
- P - obrigatório o uso de motocicleta com manopla de embreagem adaptada
- Q - obrigatório o uso de motocicleta com carro lateral ou triciclo
- R - obrigatório o uso de motoneta com carro lateral ou triciclo
- Outra – especificar detalhadamente: \_\_\_\_\_

apresentando-se sob a forma de (Assinalar ao menos uma das formas abaixo):

<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Monoparesia	<input type="checkbox"/> Triplegia	<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral
<input type="checkbox"/> Paraparesia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Triparesia	<input type="checkbox"/> Diparesia	<input type="checkbox"/> Nanismo
<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia	<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro	

- Membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções

### Laudo Pericial - Deficiência Física Informações Complementares

### 3. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados		
<input type="checkbox"/> Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Eletroencefalografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Anatomopatológico	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__

### 4. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de dois médicos ou sem a presença do periciado acarretará na responsabilidade solidária da clínica e médicos emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia ao Conselho Regional de Medicina e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

### 5. ASSINATURA

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

## ANEXO II

## Laudo Pericial - Deficiência Visual

Data de emissão: / /

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		CPF	
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Identidade nº	Órgão Emissor:
Nome da Mãe:		CPF	
Nome do Pai:		CPF	
Nome do Responsável (Representante legal):		CPF	

## 2. LAUDO PERICIAL

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no artigo 5º, III da Portaria CAT nº 27/2015 que o requerente retro qualificado tem a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequelas)	
Deficiência Visual	Patologias	Sequelas

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de isenção do IPVA, o interessado tem deficiência visual, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condição(ões):

Acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção

Campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen).

## 3. CONCLUSÃO

O periciado:

não é portador de deficiência visual permanente que o torna totalmente incapaz para conduzir veículo automotor

é portador de deficiência visual permanente que o torna totalmente incapaz para conduzir veículo automotor

## 4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

## Laudo Pericial - Deficiência Visual

### 5. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

### 6. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados		
<input type="checkbox"/> Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Eletroencefalografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Anatomopatológico	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/____

### 7. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de dois médicos ou sem a presença do periciado acarretará na responsabilidade solidária da clínica e médicos emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia ao Conselho Regional de Medicina e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

**8. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

Laudo Pericial - Deficiência Visual

INSTRUÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DEFICIÊNCIA VISUAL

(Definições de acordo com o Decreto 3.298, de 20-12-1999, Convênio ICMS 38/2012 e CID-10)

Definições:

I. Deficiência(1): toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

II. Deficiência permanente: a que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

III. Incapacidade: uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV. Deficiência visual(2): acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, depois da melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (Tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (art. 1º, § 2º, da Lei 8.989, de 24-02-1995, incluído pela Lei 10.690, de 16-06-2003).

Importante:

I. A deficiência deve ser atestada por equipe (dois médicos) responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Credenciada Emissora do Laudo.

II. O Laudo só poderá ser emitido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (itens I a III, acima), manifestando-se sob uma das formas de deficiência visual (item IV).

## ANEXO III

## Laudo Pericial - Deficiência Mental Severa ou Profunda

Data de emissão: / /

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		CPF	
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Identidade nº	Órgão Emissor:
Nome da Mãe:		CPF	
Nome do Pai:		CPF	
Nome do Responsável (Representante legal):		CPF	

## 2. LAUDO PERICIAL

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no artigo 5º, III da Portaria CAT nº 27/2015 que o requerente retro qualificado é portador da deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com os códigos das respectivas sequelas)	
	Patologia	Sequelas
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental Grave (Severa)	F72	
<input type="checkbox"/> Deficiência Mental Profunda	F73	

O requerente acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de isenção do IPVA, o interessado tem deficiência mental, apresentando

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(descrição detalhada da deficiência)

## 3. CONCLUSÃO

O requerente:

não é portador de deficiência mental severa ou profunda permanente que o torna totalmente incapaz para conduzir veículo automotor

é portador de deficiência mental severa ou profunda permanente que o torna totalmente incapaz para conduzir veículo automotor

## 4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Psicólogo		Assinatura, Carimbo e Registro CRP
Especialidade	CRP	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

## Laudo Pericial - Deficiência Mental Severa ou Profunda

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

	CPF

### 2. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados		
<input type="checkbox"/> Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Laudo do psicólogo assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Anatomopatológico	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__

### 3. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta do médico e do psicólogo ou sem a presença do requerente acarretará na responsabilidade solidária da clínica e profissionais emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia ao Conselho Regional de Medicina e ao Conselho Regional de Psicologia e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

### 4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Psicólogo		Assinatura, Carimbo e Registro CRP
Especialidade	CRP	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

**Laudo Pericial - Deficiência Mental Severa ou Profunda**

Definições e requisitos para emissão do laudo

**1. DEFINIÇÕES**

I. Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho;

II. Deficiência mental severa: na CID-10 é referenciada como retardo mental grave (código F72). Deve atender a todos os critérios a seguir:

- a) déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples;
- b) atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor;
- c) alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia);
- d) autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão;
- e) déficit intelectual atendendo ao nível severo.

III. Deficiência mental profunda: na CID-10 é referenciada como retardo mental profundo (código F73). Deve atender a todos os critérios a seguir:

- a) grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar;
- b) retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção);
- c) incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas;
- d) outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas;
- e) déficit intelectual atendendo ao nível profundo.

**IV. REQUISITOS**

I. A deficiência deve ser atestada por equipe formada por um médico e um psicólogo que prestem serviço para a entidade emissora do laudo.

II. Os profissionais e a entidade emissora do laudo devem ser devidamente credenciadas pela Secretaria da Fazenda e Planejamento.

**V. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos sob as penas da lei que foram observadas as definições e os requisitos acima. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de médico e um psicólogo ou sem a presença do periciado acarretará na responsabilidade solidária da clínica e profissionais emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia aos Conselho Regional de Medicina e Conselho Regional de Psicologia e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

**VI. ASSINATURA**

Nome do Médico:		
Especialidade:	CRM	
Nome do Psicólogo:		
Especialidade:	CRP	
Entidade Emissora do Laudo:		CNPJ
Responsável:		CPF
Assinatura de Responsável e Cartões de Identificação do Laudo		

**ANEXO IV**

**Laudo Pericial - Autismo**

Data de emissão: / /

**1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:		CPF:
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Identidade nº: _____
		Digito Emisor: _____
Nome da Mãe:		CPF:
Nome do Pai:		CPF:
Nome do Responsável (Representante legal):		CPF:

**2. LAUDO PERICIAL**

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no artigo 5º, III da Portaria CAT nº 27/2015 que o requerente retro qualificado é portador da condição abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças - CID-10 (Frases em com os códigos das respectivas sequelas)	
	Fraseologia	Sequelas
<input type="checkbox"/> Transtorno Autista	F84.0	
<input type="checkbox"/> Autismo Típico	F84.1	

O requerente acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de isenção do IPVA, o interessado é portador de autismo, apresentando

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(descrição detalhada da condição)

**3. CONCLUSÃO**

O requerente:

não é portador de autismo permanente que o torna totalmente incapaz para conduzir veículo automotor

é portador de autismo permanente que o torna totalmente incapaz para conduzir veículo automotor

**4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM/	
Nome do Psicólogo		Assinatura, Carimbo e Registro CRP
Especialidade	CRP	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

**Laudo Pericial - Autismo**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome	CPF
------	-----

**2. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS**

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados		
<input type="checkbox"/> Laudo do médico assistente	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> Laudo do psicólogo assistente	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> Cinesiofuncional	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> Radiografia digital escanometria	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> Tomografia	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> Anatomopatológico	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor:	Data do exame:
<input type="checkbox"/> _____	CRM do emissor:	Data do exame:

**3. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e laudos apresentados para a perícia, que ficarão disponíveis para eventuais análise e fiscalização das autoridades competentes. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta do médico e do psicólogo ou sem a presença do requerente acarretará na responsabilidade solidária da clínica e profissionais emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia ao Conselho Regional de Medicina e ao Conselho Regional de Psicologia e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

**4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM/	
Nome do Psicólogo		Assinatura, Carimbo e Registro CRP
Especialidade	CRP	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPF
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

## Laudo Pericial - Autismo

### Definições e requisitos para emissão do laudo

#### 1. DEFINIÇÕES

##### I. Transtorno autista (F 84.0): Preenchimento do Eixo a e B:

Eixo a - Preencher um total de 6 ou mais dos seguintes itens observando-se os referenciais mínimos grifados para cada item, ou seja:

1. Comprometimento qualitativo da interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

- 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.

- fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.

- ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).

- ausência de reciprocidade social ou emocional.

2. Comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos:

- atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhamento por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica).

- em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa.

- uso estereotipado e repetitivo da linguagem idiossincrática.

- ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento.

3. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

- preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco.

- adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais.

- maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p.ex. agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo).

- preocupação persistente com partes de objetos.

Eixo B - Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade:

1. interação social,

2. linguagem para fins de comunicação social ou

3. jogos imaginativos ou simbólicos.

II. Autismo atípico (F 84.1): 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 repetitivo) a despeito de anormalidades características em outra (s) área(s).

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 outras condições médicas.

1. é necessária a presença de pelo menos um critério sintomatológico para os itens da área do comportamento qualitativo de interação social

2. comprometimento qualitativo da interação social, manifestado pelos seguintes aspectos:

- 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.

- fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.

- ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).

- ausência de reciprocidade social ou emocional.

3. pode haver ausência dos critérios sintomatológicos em uma das áreas da comunicação e/ou de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

4. o início dos sintomas pode se manifestar até os 5 anos de idade

#### 2. REQUISITOS

III. A condição deve ser atestada por equipe formada por um médico e um psicólogo que prestem serviço para a entidade emissora do laudo.

IV. Os profissionais e a entidade emissora do laudo devem ser devidamente credenciadas pela Secretaria da Fazenda e Planejamento.

**3. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaramos sob as penas da lei que foram observadas as definições e os requisitos acima. Declaramos ter ciência de que a inserção de quaisquer dados falsos ou incorretos, ou a emissão do laudo sem a presença conjunta de médico e um psicólogo ou sem a presença do periciado acarretará na responsabilidade solidária da clínica e profissionais emissores do presente laudo pelo pagamento do imposto isentado e no seu descredenciamento, bem como a apresentação de denúncia aos Conselho Regional de Medicina e Conselho Regional de Psicologia e a representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

**4. IDENTIFICAÇÃO DOS PERITOS E DA UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome do Médico		Assinatura, Carimbo e Registro CRM
Especialidade	CRM	
Nome do Psicólogo		Assinatura, Carimbo e Registro CRP
Especialidade	CRP	
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ
Responsável		CPE
Assinatura do Responsável e Carimbo da Unidade Emissora do Laudo		

**ANEXO V**

**Pedido de Autorização para Conduzir**

Data do pedido: / /

**1. IDENTIFICAÇÃO E ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO E DO REPRESENTANTE LEGAL**

Nome		CPF
Endereço		Número
Complemento	Bairro	
CEP	Município	UF
Nome do Responsável (Representante Legal)		CPF
Endereço		Número
Complemento	Bairro	
CEP	Município	UF

**2. CONDUTORES AUTORIZADOS**

Anexar comprovante de endereço de cada condutor autorizado conforme o artigo 5º, III, "b", 4, da Portaria CAT nº 27/2015.

<b>1</b>	Nome		CPF
	Endereço		Número
	Complemento	Bairro	
	CEP	Município	UF
<b>2</b>	Nome		CPF
	Endereço		Número
	Complemento	Bairro	
	CEP	Município	UF
<b>3</b>	Nome		CPF
	Endereço		Número
	Complemento	Bairro	
	CEP	Município	UF

**3. DECLARAÇÃO E ASSINATURA**

Autorizo, nos termos do artigo 5º, III, "b", 2, da Portaria CAT nº 27/2015, as pessoas acima identificadas a conduzir veículo isento de IPVA de propriedade do beneficiário da isenção acima indicado. Declaramos sob as penas da lei que os condutores acima identificados residem a, no máximo, 15 (quinze) quilômetros da residência do beneficiário da isenção.

Assinatura do beneficiário da isenção ou de seu representante legal

ANEXO VI - Pedido de Autorização para Conduzir

**ANEXO VI - Pedido de Alteração de Condutor**

Data do pedido:    /    /

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO E DO REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:	CPF
Nome do Responsável (Representante legal):	CPF

**2. ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO OU DO REPRESENTANTE LEGAL**

Preencher os campos abaixo somente se houver alteração. Anexar comprovante do novo endereço, conforme o artigo 5º, III, "b", 4, da Portaria CAT nº 27/2015.

Endereço do beneficiário		Número
Complemento	Bairro	
CEP	Município	UF
Endereço do representante legal		Número
Complemento	Bairro	
CEP	Município	UF

**3. ALTERAÇÃO DE CONDUTORES AUTORIZADOS**

Anexar comprovante de endereço de cada condutor autorizado conforme o artigo 5º, III, "b", 4, da Portaria CAT nº 27/2015.

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Substituição de condutor <input type="checkbox"/> Alteração de endereço	
	Nome do condutor atual	CPF
	Nome do novo condutor (preencher somente no caso de substituição do condutor)	CPF
	Endereço	Número
	Complemento	Bairro
CEP	Município	UF
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Substituição de condutor <input type="checkbox"/> Alteração de endereço	
	Nome do condutor atual	CPF
	Nome do novo condutor (preencher somente no caso de substituição do condutor)	CPF
	Endereço	Número
	Complemento	Bairro
CEP	Município	UF
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> Substituição de condutor <input type="checkbox"/> Alteração de endereço	
	Nome do condutor atual	CPF
	Nome do novo condutor (preencher somente no caso de substituição do condutor)	CPF
	Endereço	Número
	Complemento	Bairro
CEP	Município	UF