

ANEXO II AO DECRETO Nº 13.525, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2012.  
 Laudo Pericial  
 Deficiência Física e/ou Visual

Data de emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: <i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
Identidade nº :	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		

2. LAUDO PERICIAL

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12 que o requerente retroqualificado 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: _____
Deficiência Visual (*)	Patologias: _____	Sequelas: _____

Descrição Detalhada da Deficiência (\*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo.

O periciado apresenta:

déficit funcional em membro  superior esquerdo  superior direito  inferior esquerdo  inferior direito, com limitação dos movimentos de:

\_\_\_\_\_

decorrente de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo	

*Informações Complementares - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual*

**1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome	CPF

**2. DEFICIÊNCIA FÍSICA**

*Pessoa com Deficiência Física<sup>IV</sup>*

*O interessado acima identificado foi submetido à perícia perante esta junta médica, na qual se constatou que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, o mesmo possui deficiência física<sup>IV</sup> 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"/> Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Membros Superiores
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------

*A(s) alteração(ões) acima acarreta(m) o comprometimento da função física do segmento afetado, representando uma perda ou uma anormalidade que gera:*

*incapacidade total para dirigir veículo automotor*

*incapacidade parcial para dirigir veículo automotor convencional, exigindo as seguintes adequações de acordo com o anexo XV da Resolução Contran nº 425/12:*

C  D  E  F  G  H  I  J  K  L  M  N  O  P  Q  R  S

*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"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Nanismo
<input type="checkbox"/> Monoplegia	<input type="checkbox"/> Tetraparesia	<input type="checkbox"/> Amputação ou Ausência de Membro		

*Membros inferiores e/ou superiores com deformidade congênita ou adquirida, sendo que tal deformidade não é de origem estética e resulta em dificuldade para o desempenho das funções do membro deformado, representando uma perda ou anormalidade que gera incapacidade<sup>(III)</sup> para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.*

**3. DEFICIÊNCIA VISUAL**

*Pessoa com Deficiência Visual*

*O interessado acima identificado foi submetido à perícia perante esta junta médica, à qual constatou que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, que 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).*

**4. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS**

<i>Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados</i>		
<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: ___/___/___

#### 5. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos sob as penas da lei que recebemos, analisamos e certificamos os exames e os laudos acima especificados. Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de arquivamento, pelo prazo de 10 (dez) anos da data de emissão deste laudo, de cópia dos exames e dos 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 responsabilidade solidária pelo pagamento dos impostos devidos, denúncia ao Conselho Regional de Medicina e em representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

#### 6. ASSINATURA

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Unidade Credenciada Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Credenciada emissora do Laudo	

#### INSTRUÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS PERICIAIS PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

#### DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, Convênio ICMS 28/2012 e CID-10)

#### 1. Definições:

1.1. **Deficiência<sup>(1)</sup>**: 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.

1.2. **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.

1.3. **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.

1.4. **Deficiência física<sup>(2)</sup>**: 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, assim entendidas aquelas que causem comprometimento parcial ou total das funções dos segmentos corpóreos que envolvam a segurança da direção veicular, 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, tri paresia, 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.

1.5. **Deficiência visual<sup>(2)</sup>**: acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, depois da melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (Tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, incluído pela Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003).

## **2. Importante:**

2.1.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.

2.2. O Laudo só poderá ser emitido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (itens 1.1 a 1.3 do item 1), manifestando-se sob uma das formas de deficiência física (item 1.4) ou visual (item 1.5).