



ESTADO DA PARAÍBA

“ANEXO II

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL	
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____ Data: ___/___/___	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES	
Nome: _____	
Data de Nascimento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Identidade nº	Órgão Emissor: _____ UF: _____
Mãe: _____	
Pai: _____	
Responsável (Representante legal): _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Cidade	CEP: _____ UF: _____
Fone: _____	Email: _____
Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:	
Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
<input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*)	
<input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL (*)	
Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo	
Conclusão (Descrição do tipo do veículo, categoria da CNH, etc.)	

		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	Nome: _____
		CNPJ: _____
		Responsável: _____
		CPF: _____
Nome: _____	Nome: _____	_____ UEL-Assinatura do Responsável
Endereço: _____	Endereço: _____	
Especialidade: _____	Especialidade: _____	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ANEXO II PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA e/ou VISUAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome: _____	CPF: _____



ESTADO DA PARAÍBA

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, onde constatou-se para fins de aquisição de veículo com ISENÇÃO, que o mesmo É PORTADOR de DEFICIÊNCIA FÍSICA, APRESENTANDO alteração completa ou parcial do(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 ACARRETAM O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO **SEGMENTO** AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA **INCAPACIDADE** (*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, **DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO**, ainda que de forma parcial, 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"/> ostomia	<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, 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** (*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, **DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO**, ainda que de forma parcial.

(*) **INCAPACIDADE** - uma **REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL**, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (Dec. 3.298/99, art. 3º, inc.III)

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA VISUAL

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica onde constatou-se para fins de aquisição de veículo com ISENÇÃO, que o interessado É PORTADOR de DEFICIÊNCIA VISUAL, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:

- acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção
- campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen)

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL, Anexo II deste Decreto, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Código Penal.

Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO	
		Nome:	
		CNPJ:	
		Responsável:	
		CPF:	
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável	
Endereço:	Endereço:		
Especialidade:	Especialidade:		

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO II e INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



ESTADO DA PARAÍBA

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NO CONVÊNIO ICMS Nº 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012

DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, 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 portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV - **Deficiência FÍSICA** (2): alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

V - **Deficiência VISUAL** (2): 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.

IMPORTANTE

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

(2) 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 FÍSICA (item IV) ou VISUAL (item V).”.