Nova redação dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 59/20, efeitos a partir de 01.01.2021.

ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38/12, DE 30 DE MARÇO DE 2012.

Laudo Pericial
Deficiência Física e/ou Visual

Data de emissão: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: Masculino Feminino	
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:

1. déficit funcional em membro ☐ superior esquerdo ☐ superior direito ☐ inferior esquerdo ☐ inferior direito, com limitação dos movimentos de: _____

2. 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

DEFICIÊNCIA FÍSICA

Pessoa com Deficiência Física[IV]

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[IV] no(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano:

(Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)

☐ Cabeça	☐ Pescoço	☐ Tronco	☐ Membros Inferiores	☐ Membros Superiores

A(s) alteração(ões) acima acarreta(m) o comprometimento 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 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):

☐ Paraplegia	☐ Monoparesia	☐ Triplegia	☐ Hemiparesia	☐ Paralisia Cerebral
☐ Paraparesia	☐ Tetraplegia	☐ Triparesia	☐ Hemiplegia	☐ Nanismo
☐ Monoplegia	☐ Tetraparesia	☐ 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[(III)] para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.

2. DEFICIÊNCIA VISUAL

Pessoa com Deficiência Visual

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta junta médica onde constatou-se que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, 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. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados

☐ Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐ Eletroneuromiografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐ Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐ Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐ Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____

☐ Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐ Anatomopatologico	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐ Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐_____	CRM do emissor: _____	Data do exame: ___/___/____
☐_____	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 (dez) 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 responsabilidade solidária pelo pagamento dos impostos devidos, denúncia ao Conselho Regional de Medicina e em representação ao Ministério Público para apuração de eventuais crimes.

5. 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 BENEFICIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

DEFICIÊNCIA FISICA 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)

Definições:

1. **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.
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.
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.
4. **Deficiência física**(2): 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, 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.

1. **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 nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, incluído pela Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003).

Importante:

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. 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).”.