



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012
PUBLICADO NO DOE DE 16.12.12

ALTERADO PELOS DECRETOS Nºs:

- 33.683, DE 24.01.13 – DOE DE 25.01.13 (CONVÊNIO ICMS 135/12)
- 34.214, DE 16.08.13 – DOE DE 17.08.13 (CONVÊNIO ICMS 76/13)
- 34.520, DE 18.11.13 _ DOE DE 19.11.13 (CONVÊNIO ICMS 116/13)
- 34.744, DE 30.12.13 _ DOE DE 31.12.13. REPUBLICADO POR INCORREÇÃO NO DOE DE 26.01.14 (CONVÊNIO ICMS 191/13)
- 35.318, DE 09.09.14 _ DOE DE 10.09.14 (CONVÊNIO ICMS 78/14)
- 35.888, DE 19.05.15 _ DOE DE 20.05.15 (CONVÊNIO ICMS 27/15) (PRORROGA EFEITOS PARA 31.12.15)
- 36.127, DE 26.08.15 _ DOE DE 27.08.15 (CONVÊNIO ICMS 68/15)
- 36.344, DE 09.11.15 _ DOE DE 11.11.15 (CONVÊNIO ICMS 107/15) (PRORROGA EFEITOS ATÉ 30.04.17)
- 37.060, DE 17.11.16 _ DOE DE 18.11.16
- 37.195, DE 29.12.16 _ DOE DE 30.12.16
- 37.364, DE 28.04.17 _ DOE DE 29.04.17 (CONVÊNIOS ICMS 28/17 E 50/17)
- 37.365, DE 28.04.17 _ DOE DE 29.04.17 (CONVÊNIO ICMS 49/17) (PRORROGA EFEITOS ATÉ 31.10.17).
- 37.585, DE 23.08.17 _ DOE DE 24.08.17
- **37.760, DE 31.10.17 _ DOE DE 02.11.17. REPUBLICADO POR INCORREÇÃO NO DOE DE 08.11.17 (CONVÊNIO ICMS 127/17) (PRORROGA EFEITOS ATÉ 30.04.19)**
- **37.761, DE 31.10.17 – DOE DE 02.11.17 (CONVÊNIO ICMS 132/17)**

OBS: Ficam convalidados os atos praticados nos termos do Convênio ICMS 78/14, no período de 05.09.14 até 10.09.14 (art. 2º do Decreto nº 35.318/14 – DOE de 10.09.14).

Prorrogadas até 31.12.14 as disposições contidas no Decreto nº 33.616/12 pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 34.520/13 – DOE de 19.11.13 (Convênio ICMS 116/13).

Prorrogado até 31.05.15 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso IV do art. 2º do Decreto nº 34.744/13 - DOE de 31.12.13. Republicado por incorreção no DOE de 26.01.14. (Convênio ICMS 191/13).

Prorrogado até 31.12.15 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso IV do art. 2º do Decreto nº 35.888/15 - DOE de 20.05.15. (Convênio ICMS 27/15).

Prorrogado até 30.04.17 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso VI do art. 2º do Decreto nº 36.344/15 - DOE de 10.11.15 (Convênio ICMS 107/15).

Prorrogado até 31.10.17 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pela alínea "b" do inciso I do art. 2º do Decreto nº 37.365/17 - DOE de 29.04.17 (Convênio ICMS 49/17).

Prorrogado até 30 de abril de 2019 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso II do art. 2º do Decreto nº 37.760/17 - DOE de 02.11.17. Republicado por incorreção no doe de 08.11.17 (Convênio ICMS 127/17).



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Concede isenção do ICMS nas saídas de veículos destinados a pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental ou autista, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAIBA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 86, IV, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no Convênio ICMS 38/12,

DECRETA:

Art. 1º Ficam isentas do ICMS as saídas internas e interestaduais de veículo automotor novo quando adquirido por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, diretamente ou por intermédio de seu representante legal.

§ 1º O benefício correspondente deverá ser transferido ao adquirente do veículo, mediante redução no seu preço.

§ 2º O benefício previsto neste artigo somente se aplica a veículo automotor novo cujo preço de venda ao consumidor sugerido pelo fabricante, incluídos os tributos incidentes, não seja superior a R\$ 70.000,00 (setenta mil reais).

§ 3º O benefício previsto neste artigo somente se aplica se o adquirente não tiver débitos para com a Fazenda Pública Estadual.

§ 4º O veículo automotor deverá ser adquirido e registrado no Departamento de Trânsito do Estado da Paraíba – DETRAN/PB em nome do deficiente físico, visual, mental ou do autista.

§ 5º O representante legal ou o assistente do deficiente ou do autista responde solidariamente pelo imposto que deixar de ser pago em razão da isenção de que trata este Decreto.

Art. 2º Para os efeitos deste Decreto é considerada pessoa portadora de:

I - deficiência física, aquela que apresenta 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, 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;

Nova redação dada ao inciso I do "caput" do art. 2º pelo art. 1º do Decreto nº 35.318/14 - DOE de 10.09.14 (Convênio ICMS 78/14).

OBS: Ficam convalidados os atos praticados nos termos do Convênio ICMS 78/14, no período de 05.09.14 até 10.09.14 (art. 2º do Decreto nº 35.318/14 – DOE de 10.09.14).



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**

I - deficiência física, aquela que apresenta 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, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Convênio ICMS 78/14);

Nova redação dada ao inciso I do “caput” do art. 2º pelo art. 1º do Decreto nº 36.127/15 - DOE de 27.08.15 (Convênio ICMS 68/15).

OBS: Efeitos a partir de 1º de outubro de 2015.

I - deficiência física, aquela que apresenta 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, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, 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 (Convênio ICMS 68/15);

Nova redação dada ao inciso I do “caput” do art. 2º pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 37.364/17 - DOE de 29.04.17 (Convênio ICMS 28/17).

OBS: Efeitos a partir de 1º de maio de 2017.

I - 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 (Convênio ICMS 28/17);

II - 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 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

III - deficiência mental, aquela que apresenta o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior aos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas;

Nova redação dada ao inciso III do “caput” do art. 2º pela alínea “a” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 33.683/13 - DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).

OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

III - deficiência mental severa ou profunda, aquela que apresenta o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior aos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas;

IV - autismo aquela que apresenta transtorno autista ou autismo atípico.

Nova redação dada ao inciso IV do “caput” do art. 2º pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 37.364/17 - DOE de 29.04.17 (Convênio ICMS 28/17).

OBS: Efeitos a partir de 1º de maio de 2017.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

IV - autismo aquela que apresenta transtorno autista ou autismo atípico e gera a incapacidade de dirigir, caracterizados nas seguintes formas (Convênio ICMS 28/17):

a) deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social, ausência de reciprocidade social, falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

b) padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns, excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados, interesses restritos e fixos.

§ 1º A comprovação da condição de deficiência será feita de acordo com norma estabelecida pela Secretaria de Estado da Receita - SER, podendo ser suprida pelo laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI.

Nova redação dada ao § 1º do art. 2º pela alínea "b" do inciso I do art. 1º do Decreto nº 33.683/13 - DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).
OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

§ 1º A comprovação de uma das deficiências descritas nos incisos I a III do "caput" e do autismo descrito no inciso IV será feita de acordo com norma estabelecida pela Secretaria de Estado da Receita, podendo ser suprida pelo laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI.

Nova redação dada ao § 1º do art. 2º pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 37.060/16 - DOE de 18.11.16.
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2017.

§ 1º A comprovação de uma das deficiências descritas nos incisos I e II do "caput" deste artigo será feita mediante apresentação de cópia autenticada de laudo médico fornecido pelo Departamento de Trânsito do Estado da Paraíba - DETRAN/PB ou por prestador de serviço público de saúde, na forma do Anexo II deste Decreto.

**Nova redação dada ao § 1º do art. 2º pelo art. 1º do Decreto nº 37.195/16 - DOE de 30.12.16.
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2017.**

§ 1º A comprovação de uma das deficiências a que se referem os incisos I e II do "caput" deste artigo será feita observado o disposto em portaria do Secretário de Estado da Receita, podendo ser substituída por cópia autenticada do laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI.

§ 2º A condição de pessoa com deficiência mental severa ou profunda, ou autismo será atestada mediante Laudo de Avaliação emitido em conjunto por médico e psicólogo, nos formulários específicos constantes dos Anexos III e IV deste Decreto, seguindo os critérios diagnósticos constantes da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la, emitido por prestador de:



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

a) serviço público de saúde;

b) serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Anexo V deste Decreto.

§ 3º Caso a pessoa portadora de deficiência ou o autista, beneficiário da isenção, não seja o condutor do veículo, por qualquer motivo, o veículo deverá ser dirigido por condutor autorizado pelo requerente, conforme identificação constante do Anexo VI.

§ 4º Para fins do § 3º, poderão ser indicados até 3 (três) condutores autorizados, sendo permitida a substituição destes, desde que o beneficiário da isenção, diretamente ou por intermédio de seu representante legal, informe esse fato à autoridade de que trata o art. 3º, apresentando, na oportunidade, um novo Anexo VI com a indicação de outro(s) condutor(es) autorizado(s) em substituição àquele (s).

§ 5º Para efeitos do disposto neste Decreto, poderão ser estabelecidos outros graus de deficiência.

Art. 3º A isenção de que trata este Decreto será reconhecida pelo Secretário de Estado da Receita, mediante requerimento instruído com:

***Nova redação dada ao “caput” do art. 3º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 36.060/16 - DOE de 18.11.16.
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2017.***

Art. 3º A isenção de que trata este Decreto será reconhecida pelo Secretário de Estado da Receita, mediante requerimento do interessado, domiciliado neste Estado, instruído com:

I - o laudo previsto nos §§ 1º e 2º do art. 2º, conforme o tipo de deficiência;

II - comprovação de disponibilidade financeira ou patrimonial do portador de deficiência ou autista ou de parentes em primeiro grau em linha reta ou em segundo grau em linha colateral ou, ainda, de seu representante legal, suficiente para fazer frente aos gastos com a aquisição e a manutenção do veículo a ser adquirido;

***Nova redação dada ao inciso II do “caput” do art. 3º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 33.683/13 - DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).
OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.***

II - comprovação de disponibilidade financeira ou patrimonial do portador de deficiência ou autista ou de parentes em primeiro grau em linha reta ou em segundo grau em linha colateral, cônjuge ou companheiro em união estável, ou, ainda, de seu representante legal, suficiente para fazer frente aos gastos com a aquisição e a manutenção do veículo a ser adquirido;

III - cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, quando tratar-se de deficiência física, na qual constem as restrições referentes ao condutor e as adaptações necessárias ao veículo;



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

IV - comprovante de residência;

V - cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação de todos os condutores autorizados de que trata os §§ 3º e 4º do art. 2º, caso seja feita a indicação na forma do § 4º do artigo;

VI - declaração na forma do Anexo VI, se for o caso;

VII - documento que comprove a representação legal a que se refere o “caput” do art. 1º se for o caso;

Acrescido o inciso VIII ao “caput” do art. 3º pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 37.585/17 - DOE de 24.08.17.

VIII - cópia autenticada da autorização para aquisição de veículo com isenção de IPI expedida pela Delegacia da Receita Federal do Brasil em João Pessoa ou em Campina Grande, fornecida pelo interessado, facultativamente, observado o disposto nos §§ 4º e 5º.

§ 1º Não serão acolhidos para os efeitos deste Decreto os laudos previstos no inciso I desse artigo que não contiverem detalhadamente todos os requisitos exigidos.

§ 2º Quando o interessado necessitar do veículo com característica específica para obter a Carteira Nacional de Habilitação, poderá adquiri-lo com isenção sem a apresentação da respectiva cópia autenticada.

§ 3º Sem prejuízo do disposto neste Decreto, a critério da SER poderão ser editadas normas adicionais de controle.

Acrescido o § 4º ao art. 3º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 37.585/17 - DOE de 24.08.17.

§ 4º A análise do processo de reconhecimento de isenção do ICMS será sumária quando a autorização, a que se refere o VIII do “caput” deste artigo, apresentar menos de 270 (duzentos e setenta) dias de sua emissão.

Acrescido o § 5º ao art. 3º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 37.585/17 - DOE de 24.08.17.

§ 5º Para fins do disposto do § 4º, considera-se análise sumária apenas o checklist da documentação exigida no “caput” deste artigo, observado que o valor do veículo não poderá ser superior ao previsto no § 2º do art. 1º deste Decreto.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Art. 4º A autoridade competente, se deferido o pedido, emitirá autorização para que o interessado adquira o veículo com isenção do ICMS em quatro vias, que terão a seguinte destinação:

I - a primeira via deverá permanecer com o interessado;

II - a segunda via será entregue à concessionária, que deverá remetê-la ao fabricante;

III - a terceira via deverá ser arquivada pela concessionária que efetuou a venda ou intermediou a sua realização;

IV - a quarta via ficará em poder do fisco que reconheceu a isenção.

§ 1º O prazo de validade da autorização será de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data da emissão, sem prejuízo da possibilidade de formalização de novo pedido pelo interessado, na hipótese de não ser utilizada dentro desse prazo.

***Nova redação dada ao § 1º do art. 4º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 37.364/17 - DOE de 29.04.17 (Convênio ICMS 50/17).
OBS: Efeitos a partir de 1º de julho de 2017.***

§ 1º O prazo de validade da autorização será de 270 (duzentos e setenta) dias, contado da data da emissão, sem prejuízo da possibilidade de formalização de novo pedido pelo interessado, na hipótese de não ser utilizada dentro desse prazo (Convênio ICMS 50/17).

§ 2º Na hipótese de um novo pedido poderão ser aproveitados, a juízo da autoridade competente para a análise do pleito, os documentos já entregues.

§ 3º O adquirente do veículo deverá apresentar à repartição fiscal a que estiver vinculado, nos prazos a seguir relacionados contados da data da aquisição do veículo constante no documento fiscal de venda:

Revogado o inciso I do § 3º do art. 4º pelo art. 2º do Decreto nº 37.761/17 - DOE de 02.11.17 (Convênio ICMS 132/17).

I - até o décimo quinto dia útil, cópia autenticada da nota fiscal que documentou a aquisição do veículo;

II - até 180 (cento e oitenta) dias:

***Nova redação dada ao “caput” do inciso II do § 3º do art. 4º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 37.364/17 - DOE de 29.04.17 (Convênio ICMS 50/17).
OBS: Efeitos a partir de 1º de julho de 2017.***

II - até 270 (duzentos e setenta) dias (Convênio ICMS 50/17):



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**

a) cópia autenticada do documento mencionado no § 2º do art. 3º;

b) cópia autenticada da nota fiscal referente à colocação do acessório ou da adaptação efetuada pela oficina especializada ou pela concessionária autorizada, caso o veículo não tenha saído de fábrica com as características específicas discriminadas no laudo previsto no § 1º do art. 2º.

§ 4º A autorização de que trata o “caput” poderá ser disponibilizada em meio eletrônico no sítio da Secretaria de Estado da Receita - SER, mediante fornecimento, ao interessado, de chave de acesso para a obtenção da autorização.

Art. 5º O adquirente deverá recolher o imposto, com atualização monetária e acréscimos legais, a contar da data da aquisição constante no documento fiscal de venda, nos termos da legislação vigente e sem prejuízo das sanções penais cabíveis, na hipótese de:

I - transmissão do veículo, a qualquer título, dentro do prazo de 2 (dois) anos da data da aquisição, a pessoa que não faça jus ao mesmo tratamento fiscal;

II - modificação das características do veículo para lhe retirar o caráter de especialmente adaptado;

III - emprego do veículo em finalidade que não seja a que justificou a isenção;

IV - não atender ao disposto no § 3º do art. 4º.

Parágrafo único. Não se aplica o disposto no inciso I deste artigo nas hipóteses de:

I - transmissão para a seguradora nos casos de roubo, furto ou perda total do veículo;

II - transmissão do veículo em virtude do falecimento do beneficiário;

III - alienação fiduciária em garantia.

Art. 6º O estabelecimento que efetuar a operação isenta deverá fazer constar no documento fiscal de venda do veículo:

I - o número de inscrição do adquirente no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda - CPF;

II - o valor correspondente ao imposto não recolhido;

III - as declarações de que:



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

a) a operação é isenta de ICMS nos termos deste Decreto;

b) nos primeiros 2 (dois) anos, contados da data da aquisição, o veículo não poderá ser alienado sem autorização do fisco.

Art. 7º Ressalvados os casos excepcionais em que ocorra a destruição completa do veículo ou seu desaparecimento, o benefício somente poderá ser utilizado uma única vez, por beneficiário, no período previsto no inciso I do art. 5º.

Art. 8º Nas operações amparadas pelo benefício previsto neste Decreto, não será exigido o estorno do crédito fiscal de que trata o art. 21 da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996.

Art. 9º A autorização de que trata o art. 4º será emitida em formulário próprio, constante no Anexo I deste Decreto.

Art. 10 Fica revogado o Decreto nº 30.363, de 26 de maio de 2009, a partir de 1º de janeiro de 2013, sem prejuízo dos pedidos protocolados em data anterior.

Art. 11 Este Decreto entra em vigor na data da publicação, produzindo efeitos a partir de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

Prorrogadas até 31.12.14 as disposições contidas no Decreto nº 33.616/12 pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 34.520/13 – DOE de 19.11.13 (Convênio ICMS 116/13).

Prorrogado até 31.05.15 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso IV do art. 2º do Decreto nº 34.744/13 - DOE de 31.12.13. Republicado por incorreção no DOE de 26.01.14. (Convênio ICMS 191/13).

Prorrogado até 31.12.15 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso IV do art. 2º do Decreto nº 35.888/15 - DOE de 20.05.15. (Convênio ICMS 27/15).

Prorrogado até 30.04.17 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso VI do art. 2º do Decreto nº 36.344/15 - DOE de 10.11.15 (Convênio ICMS 107/15).

Prorrogado até 31.10.17 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pela alínea “b” do inciso I do art. 2º do Decreto nº 37.365/17 - DOE de 29.04.17 (Convênio ICMS 49/17).

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, em
João Pessoa, 14 de dezembro de 2012; 124º da Proclamação da República.

RICARDO VIEIRA COUTINHO
Governador

MARIALVO LAUREANO DOS SANTOS FILHO
Secretário de Estado da Receita



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

ANEXO I DO DECRETO N° 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS PARA
PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA.

DECRETO N°, DE DE 2012

Em _____

NOME DO(A) REQUERENTE			CPF N°	
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) E DOCUMENTOS ANEXOS

1. RECONHEÇO O DIREITO À ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE CIRCULAÇÃO DE MERCADORIAS E PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE INTERESTADUAL E INTERMUNICIPAL E DE COMUNICAÇÃO - ICMS - INSTITUÍDA PELO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012 E **DECRETO N°** , **DE DE DE 2012**.
2. AUTORIZO A AQUISIÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR NOVO, NAS CONDIÇÕES ACIMA, DESDE QUE O VALOR NÃO SEJA SUPERIOR A R\$ 70.000,00 (setenta mil reais).



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**

ASSINATURA / CARIMBO / DATA / MATRÍCULA DA AUTORIDADE COMPETENTE

OBS: A OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS HIPÓTESES PREVISTAS NO ART. 5º DO **DECRETO Nº** , **DE DE DE 2012**, ACARRETERÁ O RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DISPENSADO, COM ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ACRÉSCIMOS LEGAIS, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAS CABÍVEIS.

1ª VIA - INTERESSADO(A)

2ª VIA - FABRICANTE

3ª VIA - CONCESSIONÁRIA

4º VIA - FISCO - DEVERÁ CONTER O RECIBO DA 1ª, 2ª e 3ª VIAS ASSINADO PELO(A) INTERESSADO(A)

ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL.

***Nova redação dada ao Anexo I do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso III do art. 1º do Decreto nº 33.683/13 - DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).
OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.***

ANEXO I DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA.

DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

Em

NOME DO(A) REQUERENTE

CPF Nº



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**

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) E DOCUMENTOS ANEXOS**

**1. RECONHEÇO O DIREITO À ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE CIRCULAÇÃO DE
MERCADORIAS E PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE INTERESTADUAL
E INTERMUNICIPAL E DE COMUNICAÇÃO - ICMS - INSTITUÍDA PELO CONVÊNIO
ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012 E DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE
2012.**

**2. AUTORIZO A AQUISIÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR NOVO, NAS CONDIÇÕES
ACIMA, DESDE QUE O VALOR NÃO SEJA SUPERIOR A R\$ 70.000,00 (setenta mil
reais).**

**ASSINATURA / CARIMBO / DATA / MATRÍCULA DA
AUTORIDADE COMPETENTE**

**OBS: A OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS HIPÓTESES PREVISTAS NO ART. 5º DO
DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012, ACARRETARÁ O
RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DISPENSADO, COM ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E
ACRÉSCIMOS LEGAIS, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAS CABÍVEIS.**

1ª VIA - INTERESSADO(A)

2ª VIA - FABRICANTE

3ª VIA - CONCESSIONÁRIA

**4ª VIA - FISCO - DEVERÁ CONTER O RECIBO DA 1ª, 2ª e 3ª VIAS ASSINADO PELO(A)
INTERESSADO(A)**

ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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: Masculino

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 previsto no inciso IV do art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995 e alterações posteriores, 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)

Deficiência física*

Deficiência visual *

*observar as instruções deste anexo.

OBS: 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, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, 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.

Descrição detalhada da deficiência:

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura
Carimbo e registro do CRM

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável: _____

Assinatura do Responsável



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).

OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

ANEXO II DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

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: Masculino

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 previsto no Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012 (Convênio ICMS 38/12) 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)

Deficiência física*

Deficiência visual *

*observar as instruções deste anexo.

OBS: 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, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, 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.

Descrição detalhada da deficiência:

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura
Carimbo e registro do CRM

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável: _____

Assinatura do responsável

Nova redação dada ao Anexo II do Decreto nº 33.616
de 14 de dezembro de 2012 (Convênio ICMS 68/15).

OBS: Efeitos a partir de 1º de outubro de 2015.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

ANEXO II DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012

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: Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
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 previsto no Convênio ICMS 38/12, 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)
Deficiência física* <input type="checkbox"/> Deficiência visual * <input type="checkbox"/> *observar as instruções deste anexo. OBS: 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, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, 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.		Descrição detalhada da deficiência:
Nome: _____	Assinatura Carimbo e registro do CRM	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____
Endereço: _____		CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____
		Assinatura do responsável



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**

18.11.16. Nova redação dada ao Anexo II do Decreto nº 33.616/12 pelo art. 2º do Decreto nº 37.060/16 - DOE de
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2017.

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 quanto 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
		Nome: _____
		CNPJ: _____
		Responsável: _____
		CPF: _____
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	_____ UEL-Assinatura do Responsável
Nom. _____	Nom. _____	
Endereço: _____	Endereço: _____	
Especialidade: _____	Especialidade: _____	

--	--	--



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ANEXO II

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA e/ou VISUAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:

CPF:

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:	
		UEL-Assinatura do Responsável	
Nome:	Nome:		
Endereço:	Endereço:		



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Especialidade:	Especialidade:	
----------------	----------------	--

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO II e INFORMAÇÕES
COMPLEMENTARES**

**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 20º (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).



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

(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).

Nova redação dada ao Anexo II pelo art. 1º do Decreto nº 37.761/17 - DOE de 02.11.17 (Convênio ICMS 132/17).

ANEXO II DO DECRETO Nº 33.316, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012.

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 retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:		
Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)	



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

<input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*) <input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL (*) <i>*observar as instruções deste anexo. OBS: 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, 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.</i>	<i>Descrição Detalhada da Deficiência</i>	
Nome: _____ Endereço: _____	_____ <i>Assinatura Carimbo e registro do CRM</i>	<i>UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</i> <i>Identificação: _____</i> <i>CNPJ: _____</i> <i>Nome e CPF do responsável: _____</i> <i>Assinatura do responsável</i>



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

ANEXO III DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)		
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 previsto no inciso IV do art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa / grave – F.72 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.
 Deficiência mental profunda – F.73 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

_____ Assinatura Carimbro e registro do CRM	_____ Assinatura Carimbro e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do Responsável
Nome: _____ Endereço: _____ _____	Nome: _____ Endereço: _____ _____	



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Nova redação dada ao Anexo III do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso III do art. 1º do Decreto nº 33.683/13 - DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).

OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

ANEXO III DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

LAUDO DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____
Data: __/__/__

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome: _____

Data de Nascimento: / /

Sexo: Masculino 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 previsto no Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012 (Convênio ICMS 38/12), que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa / grave – F.72 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.
 Deficiência mental profunda – F.73 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

Assinatura
Carimbo e registro do CRM

Assinatura
Carimbo e registro do CRP

Nome: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável: _____

Assinatura do Responsável



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

ANEXO IV DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)		
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 previsto no inciso IV do art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e alterações posteriores, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Transtorno autista – F.84.0 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.
- Autismo atípico – F.84.1 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:
--

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

_____ Assinatura Carimbo e Registro do CRP
Nome: _____ _____ Endereço: _____ _____

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



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**

INSTRUÇÕES DO ANEXO IV

**AUTISMO
(Transtorno Autista e Autismo Atípico)**

Critérios Diagnósticos. (baseado no DSM – IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e na Classificação Internacional de Doenças - (CID 10)

I - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0)

Preenchimento do Eixo A e B

Eixo A - Preencher um total de seis 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 umas das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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.

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

b) 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.

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

d) o início dos sintomas pode se manifestar até os cinco anos de idade.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

**Nova redação dada ao Anexo IV do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso III do art. 1º do Decreto nº 33.683/13 - DOE de 25.01.13 (Convênio ICMS 135/12).
OBS: Efeitos de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013.**

ANEXO IV DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO

(Transtorno Autista e Autismo Atípico)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____
Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome: _____

Data de Nascimento: / /

Sexo: Masculino 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 previsto no Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012 (Convênio ICMS 38/12) que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Transtorno autista – F.84.0 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.
- Autismo atípico – F.84.1 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.

Descrição detalhada da deficiência:

Assinatura
Carimbo e Registro do CRM

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura
Carimbo e Registro do CRP

Nome: _____

Endereço: _____

Unidade Emissora do Laudo
Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do
responsável: _____

Assinatura do Responsável



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

**ANEXO V DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS
38/12)**

Carimbo Padronizado CNPJ

**DECLARAÇÃO SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

nº _____, responsável pela unidade de saúde
inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
CNPJ nº _____,
DECLARA, sob as penas da lei, que este serviço médico integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

LOCAL/DATA)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Código Penal:

“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.....”



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

ANEXO VI DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 38/12)

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO

01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1

NOME	CPF Nº
------	--------

02 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL

03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2

NOME	CPF Nº
------	--------

04 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL

05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3

NOME	CPF Nº
------	--------

06 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL

DECLARAM O REQUERENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, E O(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S) SEREM AUTÊNTICAS E VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

Identificação	Assinatura
Requerente/Representante Legal	
Condutor Autorizado	
Condutor Autorizado	
Condutor Autorizado	

ANEXAR: CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE DO(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S).



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Nova redação dada ao Anexo VI do Decreto nº 33.616/12 pelo art. 1º do Decreto nº 34.214/13 - DOE de 17.08.13 (Convênio ICMS 76/13).

**ANEXO VI DO DECRETO 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012
(CONVÊNIOS ICMS 38/12 E 76/13)**

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO				
01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1				
Nome			CPF	
			CNH:	
02 – ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone
				E-mail
03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2				
Nome			CPF	
			CNH	
04 – ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone
				E-mail
05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3				
Nome			CPF	
			CNH	
06 – ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

<i>Bairro/Distrito</i>	<i>Município</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>
				<i>E-mail</i>

DECLARAM O REQUERENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, E O(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S) SEREM AUTÊNTICAS E VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS.

<i>Identificação</i>	<i>Assinatura</i>
<i>Requerente/Representante Legal</i>	
<i>Condutor Autorizado</i>	
<i>Condutor Autorizado</i>	
<i>Condutor Autorizado</i>	

ANEXAR: CÓPIA DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO - CNH DO(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S).”.