



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

**DECRETO Nº 33.683, DE 24 DE JANEIRO DE 2013**

**PUBLICADO NO DOE DE 25.01.13**

**Altera o Decreto nº 33.616 de 14 de dezembro de 2012, que 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 PARAÍBA**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 86, inciso IV, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no Convênio ICMS 135/12,

**D E C R E T A :**

**Art. 1º** Os dispositivos do Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012, abaixo relacionados , passam a vigorar com as seguintes redações:

I - do art. 2º:

a) o inciso III do “caput”:

“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;”;

b) o § 1º:

“§ 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.”;

II - o inciso II do “caput” do art. 3º:

“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 - os Anexos I a IV que seguem publicados junto a este Decreto.

**Art. 2º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos de 1º de janeiro

de 2013 a 31 de dezembro de 2013.

**PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**, em João Pessoa, 24 de janeiro de 2013; 125º da Proclamação da República.

**RICARDO VIEIRA COUTINHO**  
Governador

**MARIALVO LAUREANO DOS SANTOS FILHO**  
Secretário de Estado da Receita

**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

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.

NÚMERO

ANDAR, SALA, ETC.

BAIRRO/DISTRITO

MUNICÍPI UF  
O

CEP

TELEFONE

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, 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

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.

**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  
(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\*

- 
- 

Descrição detalhada da deficiência:

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.

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome e CPF do responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura

Carimbo e registro do CRM

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

|                                                           |  |                                   |  |                                 |
|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <b>LAUDO DE AVALIAÇÃO</b>                                 |  |                                   |  |                                 |
| <b>DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)</b>            |  |                                   |  |                                 |
| <b>Serviço Médico/Unidade de Saúde:</b>                   |  |                                   |  |                                 |
|                                                           |  |                                   |  | <b>Data:</b> ____ / ____ / ____ |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b> |  |                                   |  |                                 |
| 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:

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Nome e CPF do responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura

Carimbo e registro do CRM

\_\_\_\_\_

Assinatura

Carimbo e registro do CRP

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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:<br>/ /         |  | 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.

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>Descrição detalhada da deficiência:</b> |
|                                            |

\_\_\_\_\_

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