

**CONVÊNIO ICMS 38/12**

Nova redação dada ao Anexo I pelo Conv. ICMS 135/12, efeitos a partir de 01.01.13.

**ANEXO I DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS  
PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA.  
CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO 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 RESPECTIVA LEGISLAÇÃO ESTADUAL;

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 NA CLÁUSULA QUINTA DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO 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.

**Redação original, efeitos até 31.12.12.**

**ANEXO I DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS  
PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA. CV  
ICMS XX de 30 DE MARÇO 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 xxxx, DE 30 DE MARÇO DE 2012 E RESPECTIVA LEGISLAÇÃO ESTADUAL;

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 NA CLÁUSULA QUINTA DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012, ACARRETERÁ O RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DISPENSADO, COM ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ACRÉSCIMOS LEGAIS, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAIS 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.

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<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 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.

### 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

<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: __/__/__

#### 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 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)

**Definições:**

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.
  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<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. **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 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).”.

**Nova redação dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 50/18, efeitos de 26.07.18 a 31.12.2020.**

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

<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL</b>		
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: __/__/__
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>		
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  <input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*) <input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL (*)		Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
*observar as instruções deste anexo. 1. 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 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. 2. É considerada pessoa portadora de 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. Descrição Detalhada da Deficiência		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

**Redação anterior dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 132/17, efeitos de 26.10.17 a 25.07.18.**

**ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38/12, DE 30 DE MARÇO 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)	
<input type="checkbox"/> Deficiência FÍSICA (*) <input type="checkbox"/> 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, 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.	Descrição Detalhada da Deficiência	
Nome: _____	Assinatura Carimbo e registro do CRM	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável
Endereço: _____		



**Redação anterior dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 68/15, efeitos de 01.10.15 a 25.10.17.**

**ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL</b>			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
<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 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, <b>nanismo</b> , tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, <b>ostomia</b> , 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

**Redação anterior dada ao Anexo II pelo Conv. ICMS 135/12, efeitos de 01.01.13 a 30.09.15.**

**ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO</b> <b>DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL</b>			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
<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 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, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, 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: _____	Assinatura Carimbo e registro do CRM	Unidade Emissora do Laudo
Endereço: _____		Identificação: _____
		CNPJ: _____
		Nome e CPF do responsável: _____
		Assinatura do responsável

**Redação original, efeitos até 31.12.12.**

**ANEXO II DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO 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 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* <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, 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 III pelo Conv. ICMS 50/18, efeitos a partir de 26.07.18.

**ANEXO III DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____ / ____ / ____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>			
Nome: _____			
Data de Nascimento: / /		Sexo: <b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
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:

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

<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
--	--	--

**Redação anterior dada ao Anexo III pelo Conv. ICMS 135/12, efeitos de 01.01.13 a 25.07.18.**

**ANEXO III DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

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



Nova redação dada ao Anexo IV pelo Conv. ICMS 135/12, efeitos a partir de 01.01.13.

**ANEXO IV DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

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 Convênio ICMS 38/12, 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	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável
Nome: _____	Nome: _____	
Endereço: _____	Endereço: _____	

**Redação original, efeitos até 31.12.12.**

**ANEXO IV DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO DE 2012**

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



## 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.

## 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.

**ANEXO V DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 10 DE MARÇO DE 2012**

Carimbo Padronizado CNPJ

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

\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,  
responsável pela unidade de saúde \_\_\_\_\_, 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.....”

Nova redação dada ao Anexo VI pelo Conv. ICMS 76/13, efeitos a partir de 16.08.13.

**ANEXO VI DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 10 DE MARÇO DE 2012**

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.
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 NACIONAL DE HABILITAÇÃO - CNH DO(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S).

**Redação original, efeitos até 15.08.13.****ANEXO VI DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 10 DE MARÇO DE 2012**

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO				
01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1				
Nome			CPF	
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	
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	
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).