



### Anexo V

#### Laudo de Avaliação para Isenção de IPI - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____	CNPJ: _____
Data: _____	
Declaro, sob as penas da lei, que este serviço médico:	
<input type="checkbox"/> é um serviço do Departamento de Trânsito (Detran)	
<input type="checkbox"/> é um serviço privado credenciado pelo Detran	
<input type="checkbox"/> é um serviço público de saúde	
<input type="checkbox"/> é um serviço privado que integra o Sistema Único de Saúde (SUS)	
<input type="checkbox"/> é uma entidade de assistência social	

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

#### 2. LAUDO DE AVALIAÇÃO

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 identificado no quadro 1 é portador da deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
Deficiência Física (*)	
Deficiência Visual (*)	

Caráter da Deficiência:  Provisória  Permanente

Descrição Detalhada da Deficiência (\*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo

--

#### 3. ASSINATURAS

Nome do médico	Assinatura
Nome do médico	Assinatura
Nome do Responsável pelo Serviço Médico/Unidade de Saúde	Assinatura



#### 4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

##### 4.1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

##### 4.2 DEFICIÊNCIA FÍSICA

<input type="checkbox"/> <b>Portador de Deficiência Física</b> (Assinalar ao menos uma das formas abaixo)				
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 IPI, o mesmo é portador de deficiência física, apresentando alteração completa ou parcial do(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano:				
<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"/> Tri paresia	<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	
<input type="checkbox"/> 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)				

##### 4.3 DEFICIÊNCIA VISUAL

<input type="checkbox"/> <b>Portador de Deficiência Visual</b>
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 IPI, o interessado é portador de deficiência visual, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:
<input type="checkbox"/> Acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção;
<input type="checkbox"/> Campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen).

##### 4.4 ASSINATURAS

Nome do médico	Assinatura
Nome do médico	Assinatura
Nome do Responsável pelo Serviço Médico/Unidade de Saúde	Assinatura



#### 4.5 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para os fins do disposto na Lei nº 8.137/1990, que define os crimes contra a ordem tributária, e no art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, que as informações constantes deste laudo de avaliação médica, por nós subscrito, referente ao paciente de nome \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, são expressões da verdade.

#### 4.6 ASSINATURA

Nome do médico	CPF
Especialidade	Assinatura
	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Nome do médico	CPF
Especialidade	Assinatura
	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Unidade Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo	



## Anexo V

### Laudo de Avaliação para Isenção de IPI - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual

#### INSTRUÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#### NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO 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, 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, triplicia, triparlesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

V. **Deficiência visual** (2): acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, depois da melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (Tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações (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 Emissora do Laudo (UEL).

2. O Laudo só poderá ser emitido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade (itens I a III, acima), manifestando-se sob uma das formas de deficiência física (item IV) ou visual (item V).