



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)
- 38.126, DE 14.03.18 - DOE DE 15.03.18 (CONVÊNIO ICMS 11/18)
- 38.794, DE 07.11.18 - DOE DE 08.11.18 (CONVÊNIO ICMS 50/18)
- 39.153, DE 06.05.19 – DOE DE 07.05.19. REPUBLICADO POR INCORREÇÃO NO DOE DE 05.06.19. REPUBLICADO POR OMISSÃO GRÁFICA NO DOE DE 19.06.19 (PRORROGA EFEITOS ATÉ 30.04.20 – CONVÊNIO ICMS 28/19)
- 40.216, DE 29.04.2020 – DOE DE 30.04.2020 (PRORROGA EFEITOS ATÉ 31.12.2020. CONVÊNIO ICMS 22/20)
- 40.724, DE 11.11.2020 – DOE DE 12.11.2020. REPUBLICADO POR INCORREÇÃO NO DOE DE 25.11.2020 (CONVÊNIOS ICMS 59/20 E 108/20)
- 40.887/20 – DOE DE 17.12.2020 (CONVÊNIO ICMS 133/20) (PRORROGA EFEITOS ATÉ 31.03.2021)
- 41.136/21 – DOE DE 30.03.2021 (CONVÊNIO ICMS 28/21) (PRORROGA EFEITOS ATÉ 31.03.2022)
- **41.883/21 – DOE DE 19.11.2021 (CONVÊNIO ICMS 161/21)**

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).



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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).

Prorrogado até 30.04.20 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso II do art. 4º do Decreto nº 39.153/19 - DOE de 07.05.19. Republicado por incorreção no DOE de 05.06.19. Republicado por omissão gráfica no DOE de 19.06.19 (Convênio ICMS 28/19).

OBS: Efeitos a partir de 1º de maio de 2019

Prorrogado até 31 de dezembro de 2020 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso II do art. 2º do Decreto nº 40.216/20 - DOE de 30.04.2020 (Convênio ICMS 22/20).

Prorrogado até 31 de março de 2021 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso VI do art. 2º do Decreto nº 40.887/20 - DOE de 17.12.2020 (Convênio ICMS 133/20).

Prorrogado até 31 de março de 2022 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso VI do art. 4º do Decreto nº 41.136/21 - DOE de 30.03.2021 (Convênio ICMS 28/21).

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

***Nova redação dada à ementa pela alínea "a" do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.***

Concede isenção do ICMS nas saídas de veículos destinados a pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, síndrome de Down ou autistas.

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 :



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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.

***Nova redação dada ao “caput” do art. 1º pela alínea “b” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.***

Art. 1º Ficam isentas do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS - as saídas internas e interestaduais de veículo automotor novo quando adquirido por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, síndrome de Down ou autistas, diretamente ou por intermédio de seu representante legal (Convênio ICMS 161/21).

§ 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.

***Acrescido o § 6º ao art. 1º pela alínea “a” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.***

§ 6º O benefício previsto neste artigo somente se aplica à operação de saída amparada por isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, nos termos da legislação federal vigente (Convênio ICMS 59/20).

***Acrescido o § 7º ao art. 1º pela alínea “a” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.***



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

§ 7º Não se aplica o disposto no § 6º deste artigo nas operações de saídas destinadas a pessoas com síndrome de Down (Convênio ICMS 161/21).

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

Nova redação dada ao “caput” do art. 2º pelo item 1 da alínea “c” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).

Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.

Art. 2º Para os efeitos deste Decreto é considerada pessoa com (Convênio ICMS 161/21):

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, 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;

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).

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, tri paresia, 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, tri paresia, 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, 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 (Convênio ICMS 28/17);

Nova redação dada ao inciso I do “caput” do art. 2º pelo item 1 da alínea “a” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.



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, alcançando, tão somente, as deficiências de grau moderado ou grave, assim entendidas aquelas que causem comprometimento parcial ou total das funções dos segmentos corpóreos que envolvam a segurança da direção veicular, acarretando o comprometimento da função física e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Convênio ICMS 59/20);

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 20°, 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;

Acrescido o inciso III-A ao “caput” do art. 2º pelo item 1 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).

Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.

III-A - síndrome de Down, aquela diagnosticada com anomalia cromossômica classificada na categoria Q.90 da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (Convênio ICMS 161/21);

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.

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



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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;

Acrescido o inciso V ao “caput” do art. 2º pelo item 1 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

V - deficiência: 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 (Convênio ICMS 59/20);

Acrescido o inciso VI ao “caput” do art. 2º pelo item 1 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

VI - 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 (Convênio ICMS 59/20);

Acrescido o inciso VII ao “caput” do art. 2º pelo item 1 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

VII - 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 (Convênio ICMS 59/20).

§ 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).



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

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.

Nova redação dada ao § 1º do art. 2º pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 38.794/18 - DOE de 08.11.18 (Convênio ICMS 50/18).
OBS: conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 38.794/18, ficam convalidados os procedimentos adotados com base nas disposições contidas no Convênio ICMS 50/18, no período de 26.07.18 até 08.11.18.

§ 1º A comprovação de uma das deficiências a que se referem os incisos I e II do “caput” deste artigo deve observar o disposto em portaria do Secretário de Estado da Receita, podendo ser suprida pelo laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI, desde que o referido laudo tenha sido emitido por prestador de serviço público de saúde ou prestador de serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS (Convênio ICMS 50/18).

**Nova redação dada ao § 1º do art. 2º pelo item 2 da alínea “a” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênios ICMS 59/20 e 108/20).
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.**

§ 1º A comprovação de uma das deficiências descritas nos incisos I e II do “caput” deste artigo, bem como do comprometimento da função física e da incapacidade total ou parcial para dirigir, será feita, alternativamente, por (Convênios ICMS 59/20 e 108/20):

I - laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI;

II - laudo pericial, conforme modelo constante no Anexo II deste Decreto, emitido por prestador de serviço público de saúde ou prestador de serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 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



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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:

- 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.

**Acrescido o § 2º-A pelo item 2 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.**

2º-A. A condição de pessoa com síndrome de Down será atestada mediante Laudo de Avaliação emitido por médico, no formulário específico constante no Anexo III-A deste Decreto, emitido por prestador de (Convênio ICMS 161/21):

- 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 (Convênio ICMS 161/21).

§ 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.

**Nova redação dada ao § 3º do art. 2º pelo item 2 da alínea “c” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.**

§ 3º Caso a pessoa com deficiência, síndrome de Down ou autismo, 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 deste Decreto (Convênio ICMS 161/21).

§ 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).

**Nova redação dada ao § 4º do art. 2º pelo item 3 da alínea “a” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.**



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

§ 4º Para fins do § 3º deste artigo, 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 deste Decreto, apresentando, na oportunidade, um novo Anexo VI com a indicação de outro(s) condutor(es) autorizado(s) em substituição àquele(s), devendo os condutores comprovarem residência na mesma localidade do beneficiário, nos termos definidos na alínea “b” do inciso IV do “caput” do art. 3º deste Decreto (Convênio ICMS 59/20).

Revogado o § 5º do art. 2º pelo inciso III do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por correção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

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

Acrescido o § 6º ao art. 2º pelo item 2 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por correção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

§ 6º O benefício previsto neste Decreto somente poderá ser concedido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade, manifestando-se sob uma das formas de deficiência física moderada ou grave, visual, mental severa ou profunda, ou autismo (Convênio ICMS 59/20).

Nova redação dada ao § 6º do art. 2º pelo item 3 da alínea “c” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).

Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.

§ 6º O benefício previsto neste Decreto somente poderá ser concedido se a deficiência atender cumulativamente aos critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade, manifestando-se sob uma das formas de deficiência física moderada ou grave, visual, mental severa ou profunda, síndrome de Down ou autismo (Convênio ICMS 161/21).

Acrescido o § 7º ao art. 2º pelo item 2 da alínea “b” do inciso II do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por correção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

§ 7º Para as deficiências previstas no inciso I do “caput” deste artigo, a indicação de terceiro condutor somente será permitida, se declarado no laudo pericial a que se refere o Anexo II deste Decreto que o beneficiário se encontra em incapacidade total para dirigir veículo automotor (Convênio ICMS 59/20).

Acrescido o § 8º ao art. 2º pelo item 2 da alínea “b” do inciso II do art.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

§ 8º Responde solidariamente pelo pagamento do imposto devido, o profissional da área de saúde, caso seja comprovado fraude em laudo pericial, sem prejuízo das sanções penais e civis cabíveis, e a apresentação de denúncia ao Conselho Regional de Medicina (Convênio ICMS 59/20).

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;

Nova redação dada ao inciso II do “caput” do art. 3º pelo item 1 da alínea “d” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).

Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.

II - comprovação de disponibilidade financeira ou patrimonial da pessoa com deficiência, síndrome de Down 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 (Convênio ICMS 161/21);

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;

**Nova redação dada ao inciso IV do “caput” do art. 3º pela alínea “b” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).
OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.**

IV - comprovante de residência (Convênio ICMS 59/20):

a) do interessado portador de uma das deficiências descritas nos incisos I a III do “caput” do art. 2º deste Decreto ou autista;

**Nova redação dada à alínea “a” do inciso IV do “caput” do art. 3º pelo item 2 da alínea “d” do inciso I do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.**

a) do interessado com uma das deficiências descritas nos incisos I a III do “caput” do art. 2º deste Decreto, síndrome de Down ou autista (Convênio ICMS 161/21);

b) dos condutores autorizados referidos no § 4º do art. 2º deste Decreto, quando aplicável.

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.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

§ 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.

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.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

§ 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):

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.

**Acrescido o § 5º ao art. 4º pelo inciso I do art. 1º do Decreto nº 38.126/18 - DOE de 15.03.18 (Convênio ICMS 11/18).
OBS: efeitos a partir de 1º de maio de 2018.**

§ 5º Quando a autorização for assinada digitalmente, as vias referidas no “caput” do art. 4º deste Decreto poderão ser substituídas por cópias, desde que seja possível verificar a autenticidade da assinatura da autoridade que a expediu (Convênio ICMS 11/18).

Acrescido o art. 4º-A pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 38.126/18 - DOE de 15.03.18.

Art. 4º-A. A autenticação de cópia de documentos previstos neste Decreto poderá ser feita, por meio de cotejo da cópia com o documento original, pelo servidor público a quem o documento deva ser apresentado, quando da protocolização do requerimento.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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;

Nova redação dada ao inciso I do “caput” do art. 5º pelo inciso II do art. 1º do Decreto nº 38.794/18 - DOE de 08.11.18 (Convênio ICMS 50/18).

OBS: conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 38.794/18, ficam convalidados os procedimentos adotados com base nas disposições contidas no Convênio ICMS 50/18, no período de 26.07.18 até 08.11.18.

I - transmissão do veículo, a qualquer título, dentro do prazo de 4 (quatro) anos da data da aquisição, a pessoa que não faça jus ao mesmo tratamento fiscal (Convênio ICMS 50/18);

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.

Nova redação dada à alínea “b” do inciso III do art. 6º pelo inciso III do art. 1º do Decreto nº 38.794/18 - DOE de 08.11.18 (Convênio ICMS 50/18).

OBS: conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 38.794/18, ficam convalidados os procedimentos adotados com base nas disposições contidas no Convênio ICMS 50/18, no período de 26.07.18 até 08.11.18.

b) nos primeiros 4 (quatro) anos, contados da data da aquisição, o veículo não poderá ser alienado sem autorização do fisco (Convênio ICMS 50/18).

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).

Prorrogado até 30.04.20 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso II do art. 4º do Decreto nº 39.153/19 - DOE de 07.05.19. Republicado por incorreção no DOE de 05.06.19. Republicado por omissão gráfica no DOE de 19.06.19 (Convênio ICMS 28/19).

Prorrogado até 31 de dezembro de 2020 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso II do art. 2º do Decreto nº



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

40.216/20 - DOE de 30.04.2020 (Convênio ICMS 22/20).

Prorrogado até 31 de março de 2021 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso VI do art. 2º do Decreto nº 40.887/20 - DOE de 17.12.2020 (Convênio ICMS 133/20).

Prorrogado até 31 de março de 2022 o prazo do Decreto nº 33.616/12 pelo inciso VI do art. 4º do Decreto nº 41.136/21 - DOE de 30.03.2021 (Convênio ICMS 28/21).

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO



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

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

DECRETO Nº. DE DE 2012

Em _____

NOME DO(A) REQUERENTE			CPF Nº	
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 _____, 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).

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

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 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.

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



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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* 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, triplicia, 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.	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
--	---	---

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: _____		



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

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)
<p>Deficiência física*</p> <p>Deficiência visual *</p> <p>*observar as instruções deste anexo.</p> <p>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.</p>	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

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 Convênio ICMS 38/12, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:			



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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

Nova redação dada ao Anexo II do Decreto nº 33.616/12 pelo art. 2º do Decreto nº 37.060/16 - DOE de 18.11.16.
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 checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		UF: _____
Identidade nº: _____		Órgão Emissor: _____	
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 quantos 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.)			



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

--

		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Nome: _____ CNPJ: _____ Responsável: _____ CPF: _____
_____ Assinatura Carimbo e Registro CRM	_____ Assinatura Carimbo e Registro CRM	_____ UEL-Assinatura do Responsável
Nome _____ Endereço _____ Espec _____	Nome _____ Endereço _____ Espec _____	

--	--	--

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.

		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Nome: _____ CNPJ: _____ Responsável: _____ CPF: _____
_____ Assinatura Carimbo e Registro CRM	_____ Assinatura Carimbo e Registro CRM	_____ UEL-Assinatura do Responsável



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Nome:	Nome:	
Endereço:	Endereço:	
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



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

(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).

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 checked="" 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 (*)	Descrição Detalhada da Deficiência	
<input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL (*)		
<small>*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, triplicia, triparlesia, 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.</small>		
Nome: _____		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO Identificação: _____

Assinatura
Carimbo e registro do CRM



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

Endereço: _____	CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____
	Assinatura do responsável _____

Nova redação dada ao Anexo II pelo art. 2º do Decreto nº 38.794/18 - DOE de 08.11.18 (Convênio ICMS 50/18).
OBS: conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 38.794/18, ficam convalidados os procedimentos adotados com base nas disposições contidas no Convênio ICMS 50/18, no período de 26.07.18 até 08.11.18.

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

(CONVÊNIO ICMS 50/18)

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 <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	Descrição Detalhada da Deficiência	



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

<p>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, triparésia, 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.</p> <p>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.</p> <p align="center">Descrição Detalhada da Deficiência</p>	
<p>Nome: _____ Endereço: _____</p> <p align="center">_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM</p>	<p align="center">UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</p> <p>Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____</p> <p align="center">_____ Assinatura do responsável</p>

Nova redação dada ao Anexo II pelo art. 2º do Decreto nº 40.724/20 - DOE de 12.11.2020. Republicado por incorreção no DOE de 25.11.2020 (Convênio ICMS 59/20).

OBS: Efeitos a partir de 1º de janeiro de 2021.

**“ANEXO II
DO DECRETO Nº 33.616,
DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIOS ICMS 38/12 e 59/20)**

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):			



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

2. LAUDO PERICIAL

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12 que o

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças - CID-10 <i>(Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequ</i>
Deficiência Física (*)	Patologias: _____
Deficiência Visual (*)	Patologias: _____

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

O periciado apresenta:
déficit funcional em membro **superior esquerdo** **superior direito** **inferior esquerdo** **inferior**

decorrente de:

Nome do Médico

Especialidade

Nome do Médico

Especialidade

Unidade Emissora do Laudo

Responsável

Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo

Informações Complementares - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF
-------------	------------



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

2. DEFICIÊNCIA FÍSICA

Pessoa com Deficiência Física^{IV}

O interessado acima identificado foi submetido à perícia perante esta junta médica, na qual se constatou que, para fins de aquisição de veículo com isenção de ICMS, o mesmo possui deficiência física^{IV} no(s) seguinte(s) segmentos do corpo humano: (Assinalar ao menos um dos segmentos abaixo)

<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"/> Tri paresia	<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^(III) para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.

3. 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).

4. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

<input type="checkbox"/> Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
<input type="checkbox"/> Eletroneuromiografia	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: __/__/__

5. 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.

6. ASSINATURA

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM
Especialidade	



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

<i>Unidade Credenciada Emissora do Laudo</i>	<i>CNPJ</i>
<i>Responsável</i>	<i>CPF</i>
<i>Assinatura do Responsável pela Unidade Credenciada Emissora do Laudo</i>	

**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:

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 com 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⁾: aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, alcançando, tão somente, as deficiências de grau moderado ou grave, assim entendidas aquelas que causem comprometimento parcial ou total das funções dos segmentos corpóreos que envolvam a segurança da direção veicular, acarretando o comprometimento da função física e a incapacidade total ou parcial para dirigir, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, nanismo, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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 (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).

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: _____		CEP: _____ UF: _____	
Cidade: _____		Email: _____	
Fone: _____			

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

135/12). 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 38/12).
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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Identidade nº _____	Órgão Emissor: _____ UF: _____
Mãe: _____	
Pai: _____	
Responsável (Representante legal): _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	CEP: _____ UF: _____
Cidade _____	Email: _____
Fone: _____	

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
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

Nova redação dada ao Anexo III pelo art. 2º do Decreto nº 38.794/18 - DOE de 08.11.18 (Convênio ICMS 50/18).

OBS: conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 38.794/18, ficam convalidados os procedimentos adotados com base nas disposições contidas no Convênio ICMS 50/18, no período de 26.07.18 até 08.11.18.

**ANEXO III DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012
(CONVÊNIO ICMS 50/18)**

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 checked="" 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:				
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.				



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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.

Descrição detalhada da deficiência:

<p>_____ <i>Assinatura</i> <i>Carimbo e registro do CRM</i></p> <p><i>Nome:</i> _____</p> <p><i>Endereço:</i> _____</p>	<p>_____ <i>Assinatura</i> <i>Carimbo e registro do CRP</i></p> <p><i>Nome:</i> _____</p> <p><i>Endereço:</i> _____</p>	<p><i>Unidade Emissora do Laudo</i></p> <p><i>Identificação:</i> _____</p> <p><i>CNPJ:</i> _____</p> <p><i>Nome e CPF do responsável:</i> _____</p> <p>_____ <i>Assinatura do responsável</i></p>
---	---	---

**Acrescido o Anexo III-A pela alínea "c" do inciso II do art. 1º do Decreto nº 41.883/21 - DOE de 19.11.2021 (Convênio ICMS 161/21).
Efeitos a partir de 1º de dezembro de 2021.**

ANEXO III-A DO DECRETO Nº 33.616, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2012 (CONVÊNIO ICMS 161/21)

LAUDO DE AVALIAÇÃO	
SÍNDROME DE DOWN	
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____	Data: ___/___/___



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

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, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:		
Síndrome de Down - Q.90 (CID-10) - atendido cumulativamente os critérios de deficiência, deficiência permanente e incapacidade de que trata a cláusula segunda do Convênio ICMS 38/12.		
Descrição Detalhada da Deficiência		
<hr/>		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

<p>Assinatura</p> <p>Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>Identificação:</p> <p>CNPJ:</p> <p>Nome e CPF do responsável:</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do responsável</p>
--	--

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

<p>LAUDO DE AVALIAÇÃO AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico)</p>			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____			
Data: ____/____/____			
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminil	
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.

<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>
--

<p>Assinatura Carimbo e Registro do CRM</p>
<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p>

<p>Assinatura Carimbo e Registro do CRP</p>
<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p>

<p>Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>Nome e CPF do responsável: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Responsável</p>
--



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 _____, 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.....”



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 N°	
02 - ENDEREÇO				
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICIPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL
03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2				
NOME			CPF N°	
04 - ENDEREÇO				
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICIPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL
05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3				
NOME			CPF N°	
06 - ENDEREÇO				
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICIPIO	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).

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.



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>
03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2				
<i>Nome</i>			<i>CPF</i> <i>CNH</i>	
04 – ENDEREÇO				
<i>Rua, avenida, praça, etc.</i>			<i>Número</i>	<i>Andar, sala, etc.</i>
<i>Bairro/Distrito</i>	<i>Município</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>Telefone</i> <i>E-mail</i>
05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3				
<i>Nome</i>			<i>CPF</i> <i>CNH</i>	
06 – ENDEREÇO				
<i>Rua, avenida, praça, etc.</i>			<i>Número</i>	<i>Andar, sala, etc.</i>
<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).”.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA