	SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA SUBSECRETARIA DE ESTADO DE RECEITA SUPERINTENDÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO **AUDITORIA FISCAL ESPECIALIZADA DE IPVA – AFE-09**	**Processo:** **Data:** **Fls.:** **Rubrica:** **ID. Funcional:**

ISENÇÃO IPVA – DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/VEÍCULO

Nome:_____ CPF: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

RENAVAM: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Placa: ☐☐☐☐☐☐☐

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, em que se constatou:

( ) **DEFICIÊNCIA FÍSICA** (art. 5º, § 5.º, I da Lei 2877/97).

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**.

Especificar sob qual forma acima a deficiência se apresenta e o respectivo CID:

( ) **DEFICIÊNCIA VISUAL** (art. 5º, § 5.º, II da Lei 2877/97).

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.

Especificar sob qual forma acima a deficiência se apresenta e o respectivo CID:

( ) **DEFICIÊNCIA INTELECTUAL** (art. 5º, § 5.º, III da Lei 2877/97).

Apresenta o funcionamento cognitivo significativamente inferior à média, com manifestação anterior aos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.

Especificar sob qual forma acima a deficiência se apresenta e o respectivo CID:

( ) **AUTISMO** (art. 5º, § 5.º, IV da Lei 2877/97).

Apresenta transtorno autista ou autismo atípico.

Especificar sob qual forma acima a deficiência se apresenta e o respectivo CID:

Descrição detalhada da deficiência

Serviço Médico/ Unidade de Saúde	CNPJ/CPF	DATA

Declaro, sob as penas da lei, que este serviço médico é um:
( ) serviço público de saúde
( ) serviço privado de Saúde

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente das penalidades previstas em Lei para o caso de falsas declarações:

Nome do médico e CRM **(para todas as deficiências)**	Assinatura
Nome do psicólogo e CRP **(se pessoa com deficiência intelectual ou autismo)**	Assinatura