



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE ALAGOAS
Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)

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

ISENÇÃO DO ICMS NA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR NOVO DESTINADO A PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL			
Serviço Público de Saúde/Unidade de Saúde conveniada SUS: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: / /	Sexo: 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 previsto no Convênio ICMS 38/12, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
Deficiência física* Deficiência visual * *observar as instruções deste anexo. OBS: - 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; 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.	Descrição detalhada da deficiência:



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE ALAGOAS
Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)

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