Este texto não substitui o publicado oficialmente.

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA

DECRETO Nº 36.127 DE 26 DE AGOSTO DE 2015
PUBLICADO NO DOE DE 27.08.15

Altera o Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012, que concede isenção do ICMS nas saídas de veículos destinados a pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental ou autista, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 86, inciso IV, da Constituição do Estado, e tendo em vista o Convênio ICMS 68/15,

D E C R E T A:

Art. 1º O inciso I do "caput" do art. 2º do Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

"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, 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 (Convênio ICMS 68/15);".

Art. 2º O Anexo II do Decreto nº 33.616, de 14 de dezembro de 2012, passa a vigorar com a redação que segue publicada junto a este Decreto (Convênio ICMS 68/15).

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir de 1º de outubro de 2015.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, em João Pessoa, 26 de agosto de 2015; 127º da Proclamação da República.

RICARDO VIEIRA COUTINHO
GOVERNADOR

Phoca PDF

Este texto não substitui o publicado oficialmente.

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

LAUDO DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA FISICA 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:

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:

Phoca PDF

Este texto não substitui o publicado oficialmente.

(Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Deficiência física* •

Deficiência visual * •

Descrição detalhada da deficiência:

*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.

_____

Assinatura

Carimbo e registro do CRM

Nome: _____

Endereço:_____

Unidade Emissora do Laudo

Identificação: _____

CNPJ: _____

Nome e CPF do responsável:

_____

_____

Assinatura do responsável

Phoca PDF

Este texto não substitui o publicado oficialmente.

Phoca PDF