



SECRETARIA DE FAZENDA DO ESTADO DO PIAUÍ
Av. Pedro Freitas, 1900, Centro Administrativo, Bloco C, 2º Andar - Bairro São Pedro, Teresina/PI, CEP 64018-200
Telefone: (86) 3216-9600 - www.sefaz.pi.gov.br

COMUNICADO UNATRI SEFAZ-PI/GASEC/SUPREC/UNATRI Nº 1/2021

Informa sobre as alterações na legislação relacionadas à isenção do ICMS nas saídas de veículos destinados a pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental ou autista, nos termos dos arts. 1.401-B e seguintes do Decreto nº 13.500, de 23 de dezembro de 2008 e dos Convênios ICMS 38/12 alterado pelos Convênios ICMS 59/20 e 108/20.

A DIRETORA DA UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA – UNATRI, da Secretaria da Fazenda do Estado do Piauí, informa sobre as alterações na legislação nos termos dos arts. 1.401-B e seguintes do Decreto nº 13.500, de 23 de dezembro de 2008 e dos Convênios ICMS 38/12 alterado pelos Convênios ICMS 59/20 e 108/20, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2021.

INFORMA:

I – O benefício será concedido para pessoa portadora de deficiência física, alcançando tão somente as deficiências de grau moderado ou grave, que envolvam a segurança da direção veicular, e para pessoa portadora de deficiência visual, mental severa ou profunda ou autismo;

II – a comprovação das deficiências física e visual, bem como do comprometimento da função física e da incapacidade total ou parcial para dirigir, a partir de 1º de janeiro de 2021, será feita por:

1. laudo pericial, conforme modelo constante no Anexo CCXCI do RICMS, emitido por entidades públicas ou privadas credenciadas ou por profissionais credenciados pelo DETRAN/PI, ou;
2. laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI, ou;
3. laudo pericial, conforme modelo constante Anexo CCXCI do RICMS, 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);

III – a comprovação das deficiências mental severa ou profunda ou do autismo, continuará feita por Laudo de Avaliação emitido em conjunto por médico e psicólogo, nos formulários específicos constantes dos Anexos CCXCI, CCXCII e CCXCIII, conforme disciplinado no §2º do art. 1.401-B do RICMS;

IV – O beneficiário não condutor pode indicar até 3 (três) condutores autorizados, que devem comprovar residência na mesma localidade do beneficiário;

V - A indicação de terceiro condutor somente será permitida se declarado no laudo pericial constante no Anexo CCXCI que o beneficiário se encontra em incapacidade total para dirigir veículo automotor.

VI – O novo modelo do Anexo CCXCI – Laudo Pericial – Deficiência Física e/ou Visual, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2021, consta em anexo a este comunicado;

VII – O benefício da isenção do ICMS nas saídas de veículos destinadas a pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental ou autista fica condicionada à concessão da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI;

VIII – Os laudos relativos às deficiências para a concessão do benefício de isenção do ICMS devem observar as NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS PERICIAIS PARA O BENEFICIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995. DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL 1.401-B, conforme orientação constante das Instruções e informações complementares constantes no anexo CCXCI.

UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA – UNATRI, em Teresina (PI), 21 de janeiro de 2021.

MARIA DAS GRAÇAS MORAES MOREIRA RAMOS

Diretora da UNATRI

ANEXO ÚNICO

“ANEXO CCXCI

(Art. 1.401 - B, § 1 o do RICMS e o Conv. ICMS 38/12, 132/17 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):		

2. LAUDO PERICIAL

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no Convênio ICMS 38/12 e nos arts. 1.401-A ao 1.401-I, que o requerente retroqualificado tem a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência		Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com os códigos das patologias e das respectivas sequelas)	
Deficiência Física (*)		Patologias: _____	Sequelas: _____
Deficiência Visual (*)		Patologias: _____	Sequelas: _____
Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo			
O periciado apresenta:			
1. déficit funcional em membro superior esquerdo superior direito inferior esquerdo inferior direito, com limitação dos movimentos de: _____			
2. decorrente de: _____			
Nome do Médico		Assinatura Carimbo e Registro CRM	
Especialidade			
Nome do Médico		Assinatura Carimbo e Registro CRM	
Especialidade			
Unidade Emissora do Laudo		CNPJ	
Responsável		CPF	
Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo			

Informações Complementares - Pessoa com Deficiência Física e/ou Visual

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome	CPF

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)

Cabeça	Pescoço	Tronco	Membros Inferiores	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):

Paraplegia	Monoparesia	Triplegia	Hemiparesia	Paralisia Cerebral
Paraparesia	Tetraplegia	Triparesia	Hemiplegia	Nanismo
Monoplegia	Tetraparesia	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.

2. 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).

3. EXAMES E LAUDOS APRESENTADOS E VERIFICADOS

Assinalar abaixo os exames e laudos apresentados, analisados e certificados

Ressonância nuclear magnética	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Eletroneuromiografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Cinesiofuncional	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Radiografia digital escanometria	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Radiografia para cálculo do ângulo de Cobb	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Tomografia	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Anatomopatológico	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
Laudo do médico assistente	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
_____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__
_____	CRM do emissor: _____	Data do exame: __/__/__

4. 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.

5. ASSINATURA

Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM

Especialidade	
Nome do Médico	Assinatura Carimbo e Registro CRM

Especialidade	
Unidade Credenciada Emissora do Laudo	CNPJ
Responsável	CPF
Assinatura do Responsável pela Unidade Credenciada Emissora do Laudo	

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:

1. **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.
 2. **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.
 3. **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.
 4. **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.
-
1. **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).”.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA DAS GRAÇAS MORAES MOREIRA RAMOS - Matr.0091081-3, Diretor(a)**, em 22/01/2021, às 09:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019.](#)

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1086349** e o código CRC



E941831C.

Referência: Processo nº 00009.002040/2021-49

SEI nº 1086349