

DECRETO Nº 15.084 , DE 15 DE FEVEREIRO DE 2013

Altera o Decreto nº 13.500, de 23 de dezembro de 2008, que consolida e regulamenta disposições sobre o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ, no uso da atribuição que lhe confere o inciso XIII do art. 102 da Constituição estadual,

CONSIDERANDO a necessidade de proceder a adequações na legislação tributária estadual,

D E C R E T A :

Art. 1º Ficam acrescentados os Anexos CCXXXI-A, CCXCI, CCXCII, CXCIII, CCXCIV, CCXCV ao Decreto nº 13.500, de 23 de dezembro de 2008, com as redações dadas pelos Anexos III a VIII a este Decreto.

Art. 2º Ficam alterados os Anexos CLXI e CCXXXII ao Decreto nº 13.500, de 23 de dezembro de 2008, com as redações dadas pelos Anexos I a II a este Decreto.

Art. 3º Fica revogado o Anexo CCXXXI ao Decreto nº 13.500, de 23 de dezembro de 2008.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir de 1º de janeiro de 2013.

PALÁCIO DE KARNAK, em Teresina (PI), 15 de fevereiro de 2013.

GOVERNADOR DO ESTADO

SECRETÁRIO DE GOVERNO

SECRETÁRIO DA FAZENDA

**“ANEXO I
ANEXO CLXI**
(Art. 805, § 3º, do RICMS)
DEMONSTRATIVO DA BASE DE CÁLCULO E APURAÇÃO DO ICMS
MÊS/ANO DE REFERÊNCIA: _____/_____/_____

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:					
NOME EMPRESARIAL				INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO				CNPJ	
BAIRRO OU DISTRITO	MUNICÍPIO	CEP	FONE		
2. DADOS DAS OPERAÇÕES:					
OPERAÇÕES DE ENTRADAS			BASE DE CÁLCULO	MULTIP.	VALOR DO ICMS
1 - Aquisições de mercadorias tributadas normalmente - Art. 805, § 3º do RICMS.	(+)	Operações Internas	-		-
	(+)	Operações Interestaduais	-		-
2 - Transferência de mercadorias tributadas normalmente - Art. 805, § 3º do RICMS.	(+)	Operações Internas	-		-
	(+)	Operações Interestaduais	-		-
3 - Devolução a Fornecedores	(-)	Devolução	-		-
TOTAL (a) -->			-		-
OPERAÇÕES DE SAÍDAS			BASE DE CÁLCULO	MULTIP.	VALOR DO ICMS
4 - Vendas de mercadorias tributadas normalmente - Art. 805, § 3º do RICMS.	(+)	Operações Internas	-		-
	(+)	Operações Interestaduais	-		-
5 - Transferência de mercadorias tributadas normalmente - Art. 805, § 3º do RICMS.	(+)	Operações Internas	-		-
	(+)	Operações Interestaduais	-		-
6 - Devolução de Clientes	(-)	Devolução	-		-
TOTAL (b) -->			-		-
APURAÇÃO DO IMPOSTO					
CRÉDITO PELAS ENTRADAS				(a)	-
DÉBITO PELAS SAÍDAS				(b)	-
SALDO CREDOR DO PERÍODO ANTERIOR				(c)	-
SALDO DEVEDOR - (Valor a ser transferido para a DIEF - Ficha: "Apuração do Imposto" - quadro " DÉBITO DO IMPOSTO" - Campo: "Outros Débitos")				(d)=(b-a-c)	-
SALDO CREDOR - (Não é transferido para a DIEF - Será aproveitado no período seguinte)				(e)=(a+c-b)	-
<div style="text-align: center;"> _____(PI), ___/___/_____ _____ Assinatura do Titular / Responsável </div>					

"ANEXO II
ANEXO CCXXXII
(Art. 1.401 - I, I, do RICMS e Conv. ICMS 38/12)

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS
PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU
AUTISTA. CV ICMS 38, de 30 DE MARÇO DE 2012

Em _____

NOME DO(A) REQUERENTE			CPF N°	
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 RESPECTIVA LEGISLAÇÃO ESTADUAL;

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 NA CLÁUSULA QUINTA DO CONVÊNIO ICMS 38, DE 30 DE MARÇO 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.

“ANEXO III
ANEXO CCXXXI - A
(Art. 1.401-C, do RICMS)

REQUERIMENTO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE
ICMS
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU
PROFUNDA, OU AUTISTA

		ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA FAZENDA		SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE ICMS Nº _____	
Data: _____					
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / REPRESENTANTE LEGAL					
NOME _____				CPF _____	
ENDEREÇO _____		NÚMERO _____	COMPLEMENTO _____		
BAIRRO _____		MUNICÍPIO _____		UF _____	CEP _____
E-MAIL _____		TELEFONE _____			
<p>EXMO. SR. SECRETÁRIO DA FAZENDA DO ESTADO DO PIAUÍ,</p> <p>O requerente acima qualificado, anexando a documentação exigida, requer que lhe seja concedido isenção na aquisição de veículo automotor novo, na forma do art. 1401-C do RICMS.</p>					
N. Termos P. Deferimento					
_____ de _____ de _____.					
_____ Assinatura do Requerente / Representante Legal.					

"ANEXO V
ANEXO CCXCII
(Art. 1.401 - B, § 2º do RICMS e o Conv.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: 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, 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	_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável
Nome: _____ Endereço: _____	Nome: _____ Endereço: _____	

"ANEXO VI
ANEXO CCXCIII
(Art. 1.401 - B, § 2º do RICMS e o Conv.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 <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:

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

INSTRUÇÕES DO ANEXO CCXCIII

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.

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.”

"ANEXO VII
ANEXO CCXCIV
(Art. 1.401 - B, § 2º do RICMS e o Conv.ICMS 38/12)

Carimbo Padronizado CNPJ

DECLARAÇÃO
SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

_____, 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.....”

"ANEXO VIII
ANEXO CCXCV
(Art. 1.401 - B, § 2º do RICMS e o Conv.ICMS 38/12)

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO				
01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1				
Nome			CPF	
02 - ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone E-mail
03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2				
Nome			CPF	
04 - ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone E-mail
05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3				
Nome			CPF	
06 - ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	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).