

**Estado do Paraná**  
**Secretaria de Estado da Fazenda**  
**Coordenação da Receita do Estado**

---

**NORMA DE PROCEDIMENTO FISCAL Nº 024/2013**

*Publicada no DOE 8914 de 11.03.2013*

**SÚMULA: aprova os modelos dos formulários a serem utilizados para os pedidos de isenção do pagamento do ICMS na aquisição de veículos novos por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental, autista, ou submetidas à mastectomia.**

O DIRETOR DA CRE - COORDENAÇÃO DA RECEITA DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 9º do Regimento da CRE, aprovado pela Resolução SEFA n. 88, de 15 de agosto de 2005, e considerando o Convênio ICMS 38, de 30 de março de 2012, e o disposto no item 177 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080 de 28 de setembro de 2012, resolve:

**1.** Ficam aprovados os modelos dos Anexos I, II, III, IV, V e VI, a serem utilizados para os pedidos de isenção do pagamento do ICMS na aquisição de veículos novos por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental, autista, ou submetidas à mastectomia:

a) Anexo I - Autorização para aquisição de veículo com benefício fiscal;

b) Anexo II - Laudo de Avaliação - deficiência física ou visual;

**Estado do Paraná**  
**Secretaria de Estado da Fazenda**  
**Coordenação da Receita do Estado**

---

- c) Anexo III - Laudo de Avaliação - deficiência mental;
- d) Anexo IV - Laudo de Avaliação - autismo;
- e) Anexo V - Declaração Serviço Médico Privado;
- f) Anexo VI - Identificação de condutor autorizado.

**2.** Esta Norma de Procedimento Fiscal entrará em vigor na data da sua publicação.

COORDENAÇÃO DA RECEITA DO ESTADO, Curitiba, em 07 de março de 2013.

Leonildo Prati  
Diretor Substituto - CRE/GAB  
(Resolução SEFA N. 012/2013)

OBS.: Alteração trazida pela NPF 069/2018:

Art. 1.º Os anexos II e III da Norma de Procedimento Fiscal n. 24, de 7 de março de 2013, passam a vigorar, respectivamente, conforme os anexos I e II desta Norma de Procedimento Fiscal (Convênio ICMS 50/2018).



**ANEXO I - AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM BENEFÍCIO FISCAL**

IDENTIFICAÇÃO DO FISCO:

**AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE ICMS  
PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA  
OU SUBMETIDA À MASTECTOMIA.**

item 177 do Anexo I do RICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080, de 28 de setembro de 2012.

Em \_\_\_\_\_

NOME DO(A) REQUERENTE			CPF	
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.		NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE
				E-MAIL

Tendo em vista o requerimento apresentado pelo(a) interessado(a) acima identificado(a) e os 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 – de que trata o item 177 do Anexo I do RICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080, de 28 de setembro de 2012, nos termos do Convênio ICMS 38, de 30 de março de 2012;
2. autorizo a aquisição de veículo automotor novo, nas condições acima, desde que o valor, incluídos os tributos incidentes, 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 nota 19 do item 177 do Anexo I do RICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080, de 28 de setembro de 2012., acarretará recolhimento do imposto dispensado, com atualização monetária e acréscimos legais, sem prejuízo das sanções penais 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.

**O PRAZO DE VALIDADE DESTA AUTORIZAÇÃO É DE 180 DIAS, CONTADOS DA DATA DE SUA EMISSÃO.**

**ANEXO I – NPF N. 069/2018**  
**ANEXO II – LAUDO DE AVALIAÇÃO**  
**DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL**

<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA OU VISUAL</b>			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: Masculino	Feminino	
Identidade n. _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	E-mail: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício, que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência (*observar as instruções deste anexo):  ..... Deficiência Física (*1) ..... Deficiência Visual (*2)	Código Internacional de Doenças CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)	
*1. 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 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.  *2. É considerada pessoa portadora de 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, ou que apresente visão monocular (Lei n. 16.945/2011).	Descrição detalhada da deficiência:	
Nome: _____  Endereço: _____	_____ <b>Assinatura</b> <b>Carimbo e registro do CRM</b>	Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____ _____ Assinatura do responsável

**ANEXO II – NPF N. 069/2018  
ANEXO III - LAUDO DE AVALIAÇÃO  
DEFICIÊNCIA MENTAL**

<b>LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)</b>			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES</b>			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: Masculino	Feminino	
Identidade n. _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	E-mail: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício que o requerente retro qualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa/grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial n. 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.
- Deficiência mental profunda - F.73 (CID-10) – observadas as instruções da Portaria Interministerial n. 2, de 21 de novembro de 2003, do Ministro de Estado da Saúde e do Secretário Especial dos Direitos Humanos, ou outra que venha a substituí-la.

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: _____	Nome: _____	
Endereço: _____	Endereço: _____	

CONDUTOR(ES)  
AUTORIZADO(S): \_\_\_\_\_

**ANEXO IV - LAUDO DE AVALIAÇÃO  
AUTISMO**

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	Feminino	
Identidade n. _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____	
Mãe: _____			
Pai: _____			
Responsável (Representante legal): _____			
Endereço: _____			
Bairro: _____			
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____	
Fone: _____	E-mail: _____		

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no item 177 do Anexo I do RICMS, aprovado pelo Decreto n. 6.080, de 28 de setembro de 2012, 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.

<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>          
--

<p>_____ Assinatura Carimbo e registro do CRM</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>_____ Assinatura Carimbo e registro do CRP</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	<p>Unidade Emissora do Laudo Identificação: _____ CNPJ: _____ Nome e CPF do responsável: _____</p> <p align="center">_____ Assinatura do responsável</p>
---	---	--

## INSTRUÇÕES DO ANEXO IV

### 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 (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 (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 (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 V - DECLARAÇÃO SERVIÇO MÉDICO PRIVADO**

Carimbo Padronizado CNPJ

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

\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o n. \_\_\_\_\_,  
responsável pela unidade de saúde \_\_\_\_\_, CNPJ  
n. \_\_\_\_\_, **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.

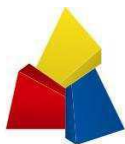
\_\_\_\_\_  
LOCAL/DATA)

\_\_\_\_\_  
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.....”



RECEITA ESTADUAL



ANEXO VI - IDENTIFICAÇÃO DE CONDUTOR AUTORIZADO

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO				
01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1				
Nome			CPF	
			CNH	
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	
			CNH	
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	
			CNH	
06 - ENDEREÇO				
Rua, avenida, praça, etc.			Número	Andar, sala, etc.
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	Telefone E-mail

Declaro 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 CNH – CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO DO(S) CONDUTOR(ES) AUTORIZADO(S).