



Laudo de Avaliação – Deficiência Física e/ou Visual

Lei Estadual nº 2.335/2026 – Estatuto da Pessoa com Deficiência de Roraima

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

* campos obrigatórios

Serviço Médico / Unidade de Saúde:*

CNPJ:*

Data de emissão:*

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

* campos obrigatórios

Nome:*

Data de Nascimento:*

 / /

Sexo:*

☐ Masculino

☐ Feminino

Identidade nº:*

Órgão Emissor:*

UF:*

Mãe:

Pai:

CPF:*

TIPO DE DEFICIÊNCIA

* campos obrigatórios

Atesto que o requerente identificado acima possui a deficiência abaixo assinalada:

☐ Deficiência FÍSICA*

☐ Deficiência VISUAL*

Código(s) CID-10 / CID-11:*

DEFICIÊNCIA FÍSICA – Detalhamento (se assinalada)

* campos obrigatórios

Segmento(s) do corpo comprometido(s):

☐ Cabeça

☐ Pescoço

☐ Tronco

☐ Membros Inferiores

☐ Membros Superiores

Forma de apresentação (assinalar ao menos uma):

☐ Paraplegia

☐ Paraparesia

☐ Monoplegia

☐ Monoparesia

☐ Tetraplegia

☐ Tetraparesia

☐ Triplegia

☐ Tri paresia

☐ Hemiplegia

☐ Hemiparesia

☐ Ostomia

☐ Amputação / Ausência de membro

☐ Paralisia Cerebral

☐ Nanismo

☐ Deformidade congênita / adquirida

☐ Outros (especificar):

Permanência:*

☐ Permanente

☐ Temporária – Prazo:

Grau de limitação:*

☐ Leve

(parcial em poucas atividades)

☐ Moderada

(significativa em várias atividades)

☐ Grave / Severa

(total em atividades essenciais)

Atividades comprometidas pela deficiência:*

☐ Locomoção

☐ Manuseio / preensão (MMSS)

☐ Equilíbrio postural

☐ Coordenação motora

☐ AVD

☐ Transferência

☐ Outras (especificar):



Laudo de Avaliação – Deficiência Física e/ou Visual

Continuação – Detalhamento Visual, Capacidade Funcional e Assinaturas

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

DEFICIÊNCIA VISUAL – Detalhamento (se assinalada)

* campos obrigatórios

- ☐ Visão monocular
- ☐ Cegueira – acuidade visual $\leq 0,05$ no melhor olho, com a melhor correção óptica
- ☐ Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica
- ☐ Campo visual – somatória da medida em ambos os olhos $\leq 60^\circ$
- ☐ Ocorrência simultânea de duas ou mais condições acima
- ☐ Outros (especificar):

CAPACIDADE DE CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR

* campos obrigatórios

- ☐ O requerente TEM capacidade de dirigir veículo automotor (com ou sem adaptação)
- ☐ O requerente NÃO tem capacidade de dirigir veículo automotor
- ☐ Somente veículo ADAPTADO – especificar adaptações no campo abaixo:

ASSINATURAS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

* campos obrigatórios

Declaro, para os fins da Lei nº 8.137/1990 e do art. 299 do Código Penal, que as informações constantes deste laudo de avaliação são a expressão da verdade.

Nome do Médico:* CRM:* CPF:*

Especialidade:*

2º Médico da Junta:* CRM:* CPF:*

Especialidade:*

3º Médico da Junta:* CRM:* CPF:*

Especialidade:*

Assinatura e carimbo do 1º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 2º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 3º Médico (CRM) *

Unidade Emissora:* CNPJ:*

Responsável:* CPF:*

Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo

ADVERTÊNCIA LEGAL – USO FISCAL

As informações constantes neste laudo destinam-se à instrução de processo administrativo de isenção do IPVA, nos termos do art. 98, III, da Lei Estadual nº 059/93 (CTE-RR). A inserção de declaração inexata, a alteração das condições atestadas ou a omissão de fato relevante sujeitam o emitente e o beneficiário às penas do Decreto-Lei nº 2.848/1940 e do art. 1º da Lei nº 8.137/1990. A SEFAZ/RR poderá, a qualquer tempo, exigir documentação complementar ou determinar perícia para comprovação das condições atestadas.

ATENÇÃO – PREENCHIMENTO ÚNICO

Após salvar este documento, os campos serão automaticamente bloqueados. Em caso de erro, será necessário baixar nova via no sítio da SEFAZ-RR e iniciar novo preenchimento. A assinatura digital GOV.BR/ICP-Brasil torna o documento imutável.