



Laudo de Avaliação – Deficiência Mental Severa ou Profunda

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 MENTAL

* campos obrigatórios

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

☐ Deficiência Mental SEVERA / GRAVE – CID F.72*

☐ Deficiência Mental PROFUNDA – CID F.73*

☐ Outros (especificar):*

Código(s) CID-10 / CID-11:*

Caráter:*

☐

Permanente

☐

Provisória – Prazo:

DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (campo opcional)



Laudo de Avaliação – Deficiência Mental Severa ou Profunda

Continuação

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

LIMITAÇÕES EM ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS

* campos obrigatórios

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos.

Limitações associadas a 2 ou mais áreas (assinalar):

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Comunicação | ☐ Cuidado pessoal | ☐ Habilidades sociais |
| ☐ Utiliz. recursos da comunidade | ☐ Saúde e segurança | ☐ Habilidades acadêmicas |
| ☐ Lazer | ☐ Trabalho | |
| ☐ 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:*					
Psicólogo da Junta:*		CRP:*		CPF:*	
Especialidade:*					

Assinatura e carimbo do 1º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 2º Médico (CRM) *

Assinatura do Psicólogo (CRP) *

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.

* Campos assinalados são de preenchimento obrigatório, nos termos do art. 4º-A da IN SEFAZ/RR nº 001/2018 e da Lei Estadual nº 2.335/2026. A ausência ou incorreção desses dados poderá ensejar o indeferimento do pedido.