ANEXO I

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IPI PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA - LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

SENHOR DELEGADO

01 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME	
NUMERO DE INSCRIÇÃO INSS	CPF Nº

02 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

O(A) PORTADOR(A) DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU O AUTISTA, ACIMA IDENTIFICADO(A), REPRESENTADO POR _____ (NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR O CASO), REQUER A V. Sª SE DIGNE RECONHECER, À VISTA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXA, QUE PREENCHE OS REQUISITOS EXIGIDOS PELA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995, E ALTERAÇÕES POSTERIORES, PARA A FRUIÇÃO DA ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS (IPI), NA AQUISIÇÃO DE AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS OU VEÍCULO DE USO MISTO, DE FABRICAÇÃO NACIONAL, CLASSIFICADO NA POSIÇÃO 87.03 DA TABELA DE INCIDÊNCIA DO IPI (TIPI).

DECLARA SER AUTÊNTICA E VERDADEIRA A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO.

_____ _____

(LOCAL/DATA) ASSINATURA DO REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR O CASO

IMPORTANTE:
TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVERÃO SER DEVIDAMENTE PREENCHIDOS, SOB PENA DE RECUSA DO REQUERIMENTO;

ANEXO II

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE FINANCEIRA OU PATRIMONIAL

_____, inscrito(a) no CPF sob o nº_____ domiciliado(a) na _____, representado por _____ (nome do representante legal, se for o caso), CPF nº _____ (CPF do representante legal, se for o caso), **DECLARA**, sob as penas da lei, que possui disponibilidade financeira ou patrimonial compatível, nos termos do art. 5º da Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, com o valor do veículo a ser adquirido com a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) a que se refere o art. 1º da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995.

O(A) declarante ou seu representante legal responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

_____
LOCAL/DATA

_____
ASSINATURA DO(A) REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL (CONFORME IDENTIDADE)

Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - 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 III

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

REQUERIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA - LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

SENHOR DELEGADO

01 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALIENANTE

NOME	CPF Nº

02 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

03-IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO A SER TRANSFERIDO

PLACA DO VEÍCULO	**DATA DA AQUISIÇÃO** / /

04-IDENTIFICAÇÃO DO(A)_ ADQUIRENTE

NOME	CPF Nº

05 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

06 – O ADQUIRENTE JÁ ADQUIRIU AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS COM ISENÇÃO DE IPI?

[ ] SIM PLACA DO VEÍCULO ___ _____DATA DA AQUISIÇÃO ___/ ____/____	[ ] NÃO

O(A) ALIENANTE E O(A) ADQUIRENTE, (REPRESENTADOS, SE FOR O CASO), RESPECTIVAMENTE, POR _____ E POR _____ (NOME DOS REPRESENTANTES LEGAIS, SE FOR O CASO) REQUEREM A V. Sª SE DIGNE RECONHECER, À VISTA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXA, QUE O(A) ADQUIRENTE ACIMA IDENTIFICADO(A) PREENCHE OS REQUISITOS DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 988, de 2009, PARA A FRUIÇÃO DA ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS (IPI), NA TRANSFERÊNCIA DE AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS OU VEÍCULO DE USO MISTO, DE FABRICAÇÃO NACIONAL, CLASSIFICADO NA POSIÇÃO 87.03 DA TABELA DE INCIDÊNCIA DO IPI (TIPI), DE QUE TRATA A LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995 E ALTERAÇÕES POSTERIORES.
OS(AS) REQUERENTES DECLARAM SER AUTÊNTICA E VERDADEIRA A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

NESTES TERMOS, PEDEM DEFERIMENTO.

_____
(LOCAL/DATA)

_____ _____
ASSINATURA DO(A) ALIENANTE OU REPRESENTANTE LEGAL, **ASSINATURA DO(A) ADQUIRENTE OU REPRESENTANTE LEGAL.**

IMPORTANTE:
TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVERÃO SER DEVIDAMENTE PREENCHIDOS, SOB PENA DE RECUSA DO REQUERIMENTO.

ANEXO IV

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

REQUERIMENTO PARA TRANSFERÊNCIA, COM PAGAMENTO DO IPI PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA - LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995..

SENHOR DELEGADO

01 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALIENANTE

NOME	CPF Nº

02 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

03-IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO A SER TRANSFERIDO

PLACA DO VEÍCULO	**DATA DA AQUISIÇÃO** / /

04-IDENTIFICAÇÃO DO(A) ADQUIRENTE

NOME	CPF Nº

05 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

08 – O ADQUIRENTE JÁ ADQUIRIU AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS COM ISENÇÃO DE IPI?

[ ] SIM PLACA DO VEÍCULO ___ _____ DATA DA AQUISIÇÃO ___ / _____ / ___	[ ] NÃO

O(A) ALIENANTE, REPRESENTADO(A), POR _____ (NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR O CASO) REQUER A V. Sª SE DIGNE AUTORIZAR, À VISTA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXA, A TRANSFERÊNCIA DE AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS OU VEÍCULO DE USO MISTO, DE FABRICAÇÃO NACIONAL, CLASSIFICADO NA POSIÇÃO 87.03 DA TABELA DE INCIDÊNCIA DO IPI (TIPI), COM PAGAMENTO DO IMPOSTO.
DECLARA SER AUTÊNTICA E VERDADEIRA A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

NESTES TERMOS, PEDEM DEFERIMENTO.

_____
(LOCAL/DATA)

_____
ASSINATURA DO(A) ALIENANTE OU REPRESENTANTE LEGAL.

IMPORTANTE

TODOS OS CAMPOS ACIMA DEVERÃO SER DEVIDAMENTE PREENCHIDOS, SOB PENA DE RECUSA DO REQUERIMENTO.

ANEXO IX

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____
Data: / /

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: Masculino Feminino	
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:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
☐ Deficiência FÍSICA (*)	
☐ Deficiência VISUAL (*)	

Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo

Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	**UNIDADE EMISSORA DO LAUDO** Nome: CNPJ: Reponsável: CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade:	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO IX e INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFICIO PREVISTO NA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

DEFICIÊNCIA FISICA E/OU VISUAL

(Definições de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, e CID-10)

DEFINIÇÕES

I - **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.

II - **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.

III - **Incapacidade**: uma **redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social**, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

IV - **Deficiência FÍSICA** (2): alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

V - **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 Emissora do Laudo (UEL).

(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).

ANEXO IX
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
-PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA e/ou VISUAL-

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome:	CPF:

☐ **PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA**

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 IPI, o mesmo É PORTADOR de DEFICIÊNCIA FÍSICA, APRESENTANDO alteração completa ou parcial do(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 ACARRETAM O COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO FÍSICA DO SEGMENTO AFETADO, REPRESENTANDO UMA PERDA OU ANORMALIDADE QUE GERA INCAPACIDADE (*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, ainda que de forma parcial, APRESENTANDO-SE SOB A FORMA DE:

(ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS ABAIXO)

☐ paraplegia	☐ monoparesia	☐ triplegia	☐ hemiparesia	☐ paralisia cerebral
☐ paraparesia	☐ tetraplegia	☐ triparesia	☐ ostomia	☐ nanismo
☐ monoplegia	☐ tetraparesia	☐ hemiplegia	☐ 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 (*) PARA O DESEMPENHO DE ATIVIDADE, DENTRO DO PADRÃO CONSIDERADO NORMAL PARA O SER HUMANO, ainda que de forma parcial.

(*) INCAPACIDADE - uma REDUÇÃO EFETIVA E ACENTUADA DA CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (Dec. 3.298/99, art. 3º, inc.III)

☐ **PORTADOR DE 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 IPI, o interessado É PORTADOR de DEFICIÊNCIA VISUAL, posto que se enquadra na(s) seguinte(s) condições:

☐ **acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção**
☐ **campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen)**

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação - DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL, Anexo IX da IN RFB nº xxxx-2012, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Código Penal.

Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	**UNIDADE EMISSORA DO LAUDO** Nome: CNPJ: Reponsável: CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade:	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO V

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE IPI PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA - LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

AUTORIZAÇÃO DE ISENÇÃO DE IPI Nº _____/____ PROCESSO Nº

NOME DO(A) REQUERENTE				CPF Nº
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

TENDO EM VISTA O REQUERIMENTO APRESENTADO PELO(A) INTERESSADO(A) ACIMA IDENTIFICADO(A) E DOCUMENTOS CONSTANTES DO PROCESSO SUPRA, **RECONHEÇO** O DIREITO À ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS (IPI) INSTITUÍDA PELA LEI Nº 8.989, DE 1995.

AUTORIZO A AQUISIÇÃO DO AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS OU VEÍCULO DE USO MISTO, DE FABRICAÇÃO NACIONAL, CLASSIFICADO NA POSIÇÃO 87.03 DA TABELA DE INCIDÊNCIA DO IPI (TIPI).

A AQUISIÇÃO DO VEÍCULO COM ISENÇÃO DO IPI SERÁ FEITA PELO REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO, REPRESENTADO POR _____ (NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR O CASO)

ASSINATURA/CARIMBO/DATA/MATRÍCULA DO DELEGADO

OBS: A AQUISIÇÃO DO VEÍCULO COM O BENEFÍCIO FISCAL, REALIZADA POR PESSOA QUE NÃO PREENCHA AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 988, DE 2009, BEM COMO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO POR PESSOA QUE NÃO SEJA O BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA, SALVO A PESSOA POR ELE AUTORIZADA, SUJEITARÁ O ADQUIRENTE AO PAGAMENTO DO TRIBUTO DISPENSADO, ACRESCIDO DE JUROS E MULTA DE MORA, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAIS CABÍVEIS.

O PRAZO DE VALIDADE DESTA AUTORIZAÇÃO É DE 180 DIAS, CONTADO DA DATA DE SUA EMISSÃO

A) 1ª (PRIMEIRA) VIA ESTABELECIMENTO INDUSTRIAL OU EQUIPARADO A INDUSTRIAL - ESTA VIA SERÁ REMETIDA PELO DISTRIBUIDOR AO ESTABELECIMENTO INDUSTRIAL OU EQUIPARADO A INDUSTRIAL, DEVENDO SER INSERIDA NA NOTA FISCAL DE VENDA DO VEÍCULO, O DISPOSTO NOS INCISOS I E II DO § 2º DO ART. 6º DA IN RFB Nº 988, de 2009.

B) 2ª (SEGUNDA) VIA – PROCESSO – DEVERÁ CONTER O RECIBO DA 1ª (PRIMEIRA) VIA ASSINADO PELO(A) REQUERENTE(BENEFICIÁRIO).

ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO VI

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO ADQUIRIDO COM ISENÇÃO DE IPI –PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTAS - LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995

AUTORIZAÇÃO DE ISENÇÃO DE IPI Nº _____/_____ PROCESSO Nº

NOME DO(A) ALIENANTE			CPF Nº	
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE
E-MAIL				
NOME DO(A) ADQUIRENTE(A)			CPF Nº	
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	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 CONSTANTES DO PROCESSO SUPRA, **AUTORIZO** A TRANSFERÊNCIA DO AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS OU VEÍCULO DE USO MISTO, DE FABRICAÇÃO NACIONAL, CLASSIFICADO NA POSIÇÃO 87.03 DA TABELA DE INCIDÊNCIA DO IPI (TIPI), COM ISENÇÃO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS (IPI), INSTITUÍDA PELA LEI Nº 8.989, DE 1995.

A TRANSFERÊNCIA SERÁ EFETUADA PELO ALIENANTE AO ADQUIRENTE, REPRESENTADO(S) POR _____ E POR _____. (NOME DOS REPRESENTANTES LEGAIS, SE FOR O CASO).

ASSINATURA/CARIMBO/DATA/MATRÍCULA DO DELEGADO

OBS: A AQUISIÇÃO DO VEÍCULO COM O BENEFÍCIO FISCAL, REALIZADA POR PESSOA QUE NÃO PREENCHA AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 988, DE 2009, BEM COMO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO POR PESSOA QUE NÃO SEJA O BENEFICIÁRIO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA, SALVO A PESSOA POR ELE AUTORIZADA, SUJEITARÁ O ADQUIRENTE AO PAGAMENTO DO TRIBUTO DISPENSADO, ACRESCIDO DE JUROS E MULTA DE MORA, SEM PREJUÍZO DAS SANÇÕES PENAIS CABÍVEIS.

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

ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL

Aprovado pela INRFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO VII

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO, COM PAGAMENTO DO IPI - PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, OU AUTISTA - LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995

AUTORIZAÇÃO DE ISENÇÃO DE IPI Nº _____/_____ PROCESSO Nº

NOME DO(A) ALIENANTE			CPF Nº	
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICIPIO	UF	CEP	TELEFONE
NOME DO(A) ADQUIRENTE(A)			CPF Nº	
RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICIPIO	UF	CEP	TELEFONE

TENDO EM VISTA O REQUERIMENTO APRESENTADO PELO(A) INTERESSADO(A) ACIMA IDENTIFICADO(A) E DOCUMENTOS CONSTANTES DO PROCESSO SUPRA, **AUTORIZO** A TRANSFERÊNCIA DO AUTOMÓVEL DE PASSAGEIROS OU VEÍCULO DE USO MISTO, DE FABRICAÇÃO NACIONAL, CLASSIFICADO NA POSIÇÃO 87.03 DA TABELA DE INCIDÊNCIA DO IPI (TIPI), COM PAGAMENTO DO IMPOSTO SOBRE PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS (IPI).

ASSINATURA/CARIMBO/DATA/MATRÍCULA DO DELEGADO

.ESTE DOCUMENTO SÓ TEM VALIDADE SE FOR O ORIGINAL

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO VIII

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR AUTORIZADO

01 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 1

NOME	CPF Nº

02 - ENDERECO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

03 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 2

NOME	CPF Nº

04 - ENDERECO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

05 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR - 3

NOME	CPF Nº

06 - ENDERECO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NUMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP	TELEFONE

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	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013

ANEXO X

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

LAUDO DE AVALIAÇÃO
DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)

ServiçoMédico/UnidadedeSaúde: _____

Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:		
Data de Nascimento: / /	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	
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 daLei 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 resumida da deficiência:

	PSICÓLOGO	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRP	Nome: CNPJ: Reponsável: CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade: PSICOLOGIA	

Aprovado pela IN RFB nº, 1.369 de 2013.

ANEXO X
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PORTADOR de DEFICIÊNCIA MENTAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	CPF:

O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, onde constatou-se que o paciente:

1) Apresenta funcionamento intelectual significativamente inferior à média;

2) Apresenta limitações associadas a DUAS ou MAIS áreas de habilidades adaptativas, dentre as quais destacam-se:

- ☐ comunicação
- ☐ cuidado pessoal
- ☐ habilidades sociais
- ☐ utilização da comunidade
- ☐ saúde e segurança
- ☐ habilidades acadêmicas
- ☐ laser
- ☐ trabalho

3) A deficiência ou retardo mental manifestou-se **ANTES dos 18 (dezoito) anos**;

4) A deficiência ou retardo mental **ATENDE A TODOS OS CRITÉRIOS** A SEGUIR PARA CADA NÍVEL DE DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA:

☐ **DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA**: (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE **CUMULATIVOS**)

- ☐ Déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples
- ☐ Atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor
- ☐ Alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia)
- ☐ Autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão
- ☐ Déficit intelectual atendendo ao nível severo

☐ **DEFICIÊNCIA MENTAL PROFUNDA**: (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE **CUMULATIVOS**)

- ☐ Grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar
- ☐ Retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção)
- ☐ Incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas
- ☐ Outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas
- ☐ Déficit intelectual atendendo ao nível profundo

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação Médica - DEFICIÊNCIA MENTAL, Anexo X da IN RFB nº XXX/2012, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

	PSICÓLOGO	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	Nome: CNPJ: Reponsável: CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade: PSICOLOGIA	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

INSTRUÇÕES DO ANEXO X

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO DA LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995.

DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda) [1]

(Definições de acordo com a Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2, de 21 de novembro de 2003)

Deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

a) comunicação;
b) cuidado pessoal;
c) habilidades sociais;
d) utilização da comunidade;
e) saúde e segurança;
f) habilidades acadêmicas;
g) lazer; e
h) trabalho;

Orientações para preenchimento do Laudo - baseado na (CID-10)

Que atenda à definição acima, porém que contemple única e exclusivamente aos níveis severo/grave ou profundo da deficiência mental (retardo mental) (*).
Para tal deverá atender **a todos os critérios** a seguir para cada nível:

Deficiência Mental Severa (Retardo Mental Grave) (*)

. déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples
. atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor.
. alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia).
. autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão.
. déficit intelectual atendendo ao nível severo.

Deficiência Mental Profunda (Retardo Mental Profundo) (*)

. grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar.
. retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção).
. incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas.
. outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas.
. déficit intelectual atendendo ao nível profundo

(*) Na CID-10 o termo Deficiência Mental é referendado como Retardo Mental. Deficiência Mental Severa corresponde à Deficiência Mental Grave.

Observação: O laudo deve ser assinado por um médico e por um **psicólogo** (conforme art. 3º da Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2, de 21 de novembro de 2003)

ANEXO XI

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

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 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 resumida da deficiência:

	PSICÓLOGO	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRP	Nome: CNPJ: Reponsável: CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade: PSICOLOGIA	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO XI
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PORTADOR DE AUTISMO (CID-10: F84.0/1)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	CPF:

I - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "A"

(Preenchar **um total de 6 (seis) ou mais** dos seguintes **itens** observando-se os referenciais mínimos grifados para cada item)

Item 1 - O interessado apresenta 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.

Item 2 - O interessado apresenta 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.

Item 3 - O interessado apresenta 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.

II - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "B"

O interessado apresenta atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos umas das seguintes áreas, **com início antes dos 3 (três) anos de idade**:

- ☐ interação social
- ☐ linguagem para fins de comunicação social ou
- ☐ jogos imaginativos ou simbólicos.

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação Médica - AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico), Anexo XI da IN RFB nº XXX, de 2012, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

	PSICÓLOGO	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	Nome: CNPJ: Reponsável: CPF:
Nome:	Nome:	UEL-Assinatura do Responsável
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade: PSICOLOGIA	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO XI
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PORTADOR DE AUTISMO (CID-10: F84.0/1)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	CPF:

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.

Item A - Descrição de AO MENOS **UM** dos critérios sintomatológicos para os itens da área do comportamento qualitativo de interação social **PRESENTES** no paciente submetido ao Laudo de Avaliação:

_____

_____

Item B - Descrição dos critérios sintomatológicos **AUSENTES** no paciente submetido ao Laudo de Avaliação em uma das áreas da comunicação e/ou de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.

_____

_____

Item C - O interessado apresenta **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.

Item D - O **início dos sintomas se manifestou até os 5 (cinco) anos de idade** ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

As informações acima fazem parte integrante do Laudo de Avaliação Médica - AUTISMO (Transtorno Autista e Autismo Atípico), Anexo XI da IN RFB Nº XXX-2012, por nós subscrita, sendo a expressão da verdade, sob as penas da Lei nº 8.137/1990, que trata dos CRIMES CONTRA A ORDEM TRIBUTÁRIA, combinado com as demais sanções legais, em especial o disposto no art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

	PSICÓLOGO	UNIDADE EMISSORA DO LAUDO
Assinatura Carimbo e Registro CRM	Assinatura Carimbo e Registro CRM	Nome: CNPJ: Reponsável: CPF: UEL-Assinatura do Responsável
Nome:	Nome:	
Endereço:	Endereço:	
Especialidade:	Especialidade: PSICOLOGIA	

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

INSTRUÇÕES de PREENCHIMENTO DO ANEXO XI e INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
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) e na Portaria Interministerial SEDH/MS nº 2, de 21 de novembro de 2003.

I - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0)

Preenchimento do Eixo A e B:

Eixo A - Preencher um total de 6 (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 3 (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 5 (cinco) anos de idade.

ANEXO XII

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

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 Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - 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..."

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO XIII

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Carimbo Padronizado CNPJ

DECLARAÇÃO

CREDENCIAMENTO JUNTO AO DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO (DETRAN)

_____, inscrito(a) no CPF sob o nº_____, responsável pela clínica _____, CNPJ nº_____, **DECLARA**, sob as penas da lei, que este serviço médico está credenciado junto ao Departamento de Trânsito (Detran).

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

_____
LOCAL/DATA)

_____
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - 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..."

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO XIV

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE FINANCEIRA OU PATRIMONIAL

_____, inscrito(a) no CNPJ/CPF sob o nº_____, domiciliado(a) _____ **DECLARA**, sob as penas da lei, a condição de não contribuinte do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

_____
(LOCAL/DATA)

_____
ASSINATURA DO(A) DECLARANTE OU REPRESENTANTE LEGAL (CONFORME IDENTIDADE)

Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - 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....."

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.

ANEXO XV

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE FISCAL – CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS

a situação de regularidade quanto à contribuição previdenciária, na hipótese em que o interessado seja contribuinte individual do RGPS

_____, inscrito(a) no CNPJ/CPF sob o nº_____, domiciliado(a) _____ **DECLARA**, sob as penas da lei, estar regular quanto ao recolhimento da contribuição previdenciária, na condição de contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

O(A) declarante responsabiliza-se pela exatidão e veracidade das informações prestadas.

_____
(LOCAL/DATA)

_____
ASSINATURA DO(A) DECLARANTE OU REPRESENTANTE LEGAL (CONFORME IDENTIDADE)

Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - 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....."

Aprovado pela IN RFB nº 1.369, de 2013.