

**INSTRUÇÃO DE SERVIÇO N.º 68 DE 18 DE DEZEMBRO de 2014.**

O DIRETOR GERAL DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - DETRAN/ES, no uso da competência que lhe confere o artigo 22 da Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro, e art. 7º, inciso I, alínea "a" do Decreto N.º 4.593-N, de 28/01/2000, publicado em 28.12.2001 e o artigo 5º da Lei Complementar N.º 226/2002, publicada no DIO-ES em 18/01/2002, e

CONSIDERANDO a Constituição Federal, artigo 227, parágrafo 1º, inciso II, que estabelece a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para pessoas com deficiências ou mobilidade reduzida, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos;

CONSIDERANDO o disposto no artigo 7º, parágrafo único da Lei Federal 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiências ou mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, determinando ainda que em áreas de estacionamento de veículos, localizadas em vias ou em espaços públicos, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas para veículos que transportem pessoas com deficiências ou dificuldade de locomoção e regulamentado pelo Decreto Federal nº 5.296/2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências, e posteriores alterações;

CONSIDERANDO a Resolução n.º 303 do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, de 18 de dezembro de 2008, que dispõe sobre as vagas de estacionamento de veículos destinadas exclusivamente às pessoas idosas;

CONSIDERANDO a Resolução n.º 304 do Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, de 18 de dezembro de 2008, que dispõe sobre as vagas de estacionamento destinadas exclusivamente a veículos que transportem pessoas com deficiência e com dificuldade de locomoção;

CONSIDERANDO a Instrução de Serviço n.º 80/09, publicada no DIO-ES em 22 de julho de 2009;

CONSIDERANDO a importância de garantir o bom uso das vagas destinadas aos veículos dirigidos por pessoas com deficiências que apresentem dificuldades de locomoção, bem como por pessoas idosas, ou por quem as transportem, nas vias e logradouros públicos sob sua circunscrição.

RESOLVE:

Art. 1º - Definir os critérios para conceder autorização especial, por meio da emissão de credencial para o estacionamento de veículos utilizados por idosos e pessoas com deficiências que apresentem dificuldades de locomoção, ou por quem as transportem, moradores de municípios do Estado do Espírito Santo que ainda não estejam integrados ao Sistema Nacional de Trânsito, nas vias públicas, em vagas especiais devidamente sinalizadas pelo órgão de trânsito local, destinadas para esse fim.



Parágrafo Único - A deficiência que causa mobilidade reduzida permanente ou temporária que dificulte a sua locomoção deverá ser devidamente comprovada por atestado médico, de acordo com o estabelecido nesta Instrução de Serviço.

Art. 2º - A autorização será concedida por meio de única credencial em nome do beneficiário, com validade em todo o território nacional e poderá servir de referência para fins de utilização em estabelecimentos particulares que reservem vagas específicas de estacionamento para veículos utilizados por idosos e pessoas com deficiências que apresentem dificuldades de locomoção.

Art. 3º - Para fornecimento da credencial, o interessado deverá formalizar requerimento, a ser protocolizado na CIRETRAN ou PAV dos municípios do Estado do Espírito Santo, acompanhado dos seguintes documentos:

§ 1º - Documentação necessária caso o interessado seja IDOSO:

I - Requerimento conforme modelo do ANEXO I, devidamente preenchido pelo interessado, e encaminhado para a Central de Atendimento Renach (CAR) do DETRAN/ES, acompanhados dos seguintes documentos, de forma completa:

II - Original e fotocópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH do condutor ou da Carteira de Identidade - CI, ou qualquer outro documento oficial com foto (a cópia ficará retida).

III - Original e fotocópia do comprovante de residência atualizado, emitido nos últimos 90 (noventa) dias, conforme exigências contidas na Instrução de Serviços n.º 049/14, publicada em 21/08/14 (a cópia ficará retida).

§ 2º - Documentação necessária caso o interessado seja PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE APRESENTE DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO:

I - Requerimento conforme modelo do ANEXO II, devidamente preenchido pelo interessado, e encaminhado para a Coordenação de Exames Médicos e Psicológicos - CEMP do DETRAN|ES, acompanhados dos seguintes documentos, de forma completa:

a. Original e fotocópia da Carteira de Identidade ou outro documento oficial com foto, e do seu representante legal, quando necessário (a cópia ficará retida);

b. Pessoas com deficiência menores de 12 anos poderão apresentar Original e fotocópia da Certidão de Nascimento como documento oficial de identificação civil (a cópia ficará retida);

c. Original e fotocópia do documento que comprove que o requerente é representante da pessoa com deficiência, quando for o caso (a cópia ficará retida);

d. Original e fotocópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, caso seja o condutor (a cópia ficará retida);



e. Original e fotocópia do comprovante de residência atualizado, emitido nos últimos 90 (noventa) dias, ou qualquer outro comprovante de residência conforme exigências contidas na Instrução de Serviços n.º 049/14 (a cópia ficará retida);

f. DECLARAÇÃO, devidamente preenchida, do Serviço Médico Privado Integrante do Sistema Único De Saúde (SUS) conforme modelo do ANEXO III.

g. LAUDO DE AVALIAÇÃO, devidamente preenchido, e que se enquadre em uma das categorias de Deficiência, de acordo com os modelos constantes no ANEXO IV (DEFICIENTE FÍSICO E/OU VISUAL), ANEXO V (DEFICIENTE MENTAL) e ANEXO VI (DEFICIENTE AUTISTA), conforme as exigências descritas abaixo.

#### Título I

#### Da Comprovação de Pessoas com Deficiências que Apresentem Dificuldades de Locomoção

Art. 4º - A Comprovação será realizada por meio da apresentação do Laudo de Avaliação de acordo com as seguintes exigências:

§ 1º - DEFICIÊNCIA - Laudo de Avaliação, emitido há, no máximo, 03 (três) anos e que apresente uma das seguintes categorias de Deficiência:

I - DEFICIENTE FÍSICO E/OU VISUAL - modelo constante no ANEXO IV;

II - DEFICIENTE MENTAL - modelo constante no ANEXO V;

III - AUTISTA - modelo constante no ANEXO VI.

§ 3º - Em todas as categorias de Deficiência acima listados, no Laudo de Avaliação deverão constar as seguintes informações:

a) Identificação do Requerente e dados complementares;

b) relatório da descrição da deficiência permanente ou temporária, que cause dificuldade de locomoção com inserção do Código Internacional de Doença - CID respectivo ou DSM4;

c) informação quanto ao uso de prótese ou aparelho ortopédico;

d) nome legível, número da inscrição do respectivo Conselho Regional de Medicina - CRM, carimbo e assinatura do médico credenciado do Sistema Único de Saúde - SUS;

e) nome legível, CPF, CNPJ, e assinatura do Responsável pela Unidade emissora do Laudo (SUS);

f) nos casos de mobilidade reduzida temporária, a indicação do período necessário para abranger a necessidade da autorização, sendo no mínimo de 03 (três) meses e no máximo de 01 (um) ano;

§ 4º - Todos os Anexos deverão ser devidamente preenchidos e de acordo com o constante nesta Instrução de Serviço, sob pena de indeferimento.



Art. 5º - Após ser protocolizado, o processo da pessoa com deficiência que apresente dificuldade de locomoção, será encaminhado para a Coordenação de Exames Médicos e Psicológicos - CEMP do DETRAN|ES.

§ 1º - A CEMP poderá solicitar perícia médica, a ser realizada por médico perito do DETRAN|ES, caso necessário, para a qual o usuário será comunicado, devendo agendar previamente data para que a mesma seja realizada.

§ 2º - Caso seja necessária a perícia, na data marcada o interessado deverá comparecer pessoalmente, portando documento oficial com foto.

Art. 6º - Após ser protocolizado, o processo do Idoso, será encaminhado para a Coordenação de Serviços ao Usuário de Habilitação - CSUH do DETRAN|ES, que após análise, se autorizado, será emitida a Credencial ao Solicitante para a CIRETRAN ou PAV de origem.

Art. 7º - As credenciais de idosos e de pessoas com deficiência que apresentem dificuldades de locomoção são intransferíveis, diferenciadas, assim como a sinalização das respectivas vagas exclusivas, e identificadas pelo registro (numeração sequencial) e pelo nome do beneficiário.

Parágrafo único - O uso indevido dessas vagas, em desacordo com o disposto nas Resoluções N.º 303/2008 e 304/2008, ambas do CONTRAN, caracteriza infração prevista no artigo 181, inciso XVII do Código de Trânsito Brasileiro.

Art. 8º - Somente terá validade a original da credencial, que deverá ser:

- I. Colocada sobre o painel do veículo, com a frente voltada para cima;
- II. Apresentada à autoridade de trânsito ou aos seus agentes, sempre que solicitado, acompanhado de documento de identidade, ou outro documento oficial com foto, do beneficiário da Credencial.

Art. 9º - As credenciais terão os seguintes prazos de validade:

- I. Idoso - 05 (cinco) anos;
- II. Pessoas com deficiências com dificuldades de locomoção - 05 (cinco) anos;
- III. Pessoas com mobilidade reduzida permanente - 05 (cinco) anos;
- IV. Pessoas com mobilidade reduzida temporária, de acordo com a comprovação por meio do atestado ou laudo médico, podendo ter validade mínima de 03 (três) meses e máxima de 01 (um) ano;

Art. 10º - Poderá ser emitida segunda via da credencial em caso de perda, furto, roubo ou dano, mediante requerimento fundamentado, assinado pela pessoa interessada, ou seu representante legal, e encaminhados a Central de Atendimento Renach (CAR) do DETRAN|ES, quando Credencial para IDOSO e encaminhar para a CEMP quando PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, acompanhados dos seguintes documentos:

- V. Original e fotocópia da Carteira de Identidade ou outro documento oficial com foto da pessoa com deficiência que apresente dificuldade de locomoção, quando for o caso (a cópia ficará retida);



- VI. Original e fotocópia do documento comprovando que o requerente é representante legal da pessoa com deficiência, quando for o caso (a cópia ficará retida);
- VII. Boletim de Ocorrência Policial, ou documento similar, quando for o caso (a cópia ficará retida);
- VIII. Credencial danificada, quando for o caso.

Art. 11º - Em caso de renovação da credencial deverá ser apresentado novo requerimento, de acordo com o estabelecido no Art. 3º desta Instrução de Serviço.

Art. 13º - A credencial poderá ser recolhida pelo agente de trânsito e o ato de autorização suspenso ou cancelado a critério da administração Pública, se verificada irregularidade em sua utilização, considerando-se como tal, dentre outros:

- I. O empréstimo da credencial a terceiros;
- II. O uso de cópia da credencial, obtida por qualquer processo;
- III. O porte de credencial com rasuras ou falsificados;
- IV. O uso da credencial em desacordo com as disposições nele contidas ou na legislação pertinente, especialmente se constatado pelo agente de trânsito que o veículo, por ocasião da utilização da vaga especial sinalizada pelo órgão de trânsito, não serviu para o transporte de pessoa com deficiência.

Art. 14º - A credencial ficará sem valor no caso de não permanecerem as condições que propiciaram sua concessão, fato que deverá ser comunicado pelo próprio beneficiário da credencial, ou por seu representante legal, a esta autarquia, e que ensejará a devolução da credencial emitida.

Art. 15º - Entende-se por representante da pessoa com deficiência, os pais, tutores, curadores e procuradores legalmente constituído.

Art. 16º - O DETRAN|ES poderá cancelar ou alterar, a qualquer tempo, as autorizações emitidas, por motivo devidamente justificado.

Art. 17º - Os casos omissos serão analisados pela Coordenação de Exames Médicos e Psicológicos - CEMP do DETRAN|ES, possibilitando, em qualquer caso, recurso ao Diretor Geral do DETRAN|ES.

Art. 18º - Esta Instrução de Serviço entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória/ES, 18 de dezembro de 2014.

**Carlos Augusto Lopes**  
**Diretor Geral do DETRAN|ES**

\*Os anexos I a VI encontram-se disponíveis no site [www.detran.es.gov.br](http://www.detran.es.gov.br)



## ANEXO I

### CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PARA IDOSO

Senhor Diretor Geral, a pessoa física abaixo nominada requer a Vossa Senhoria a CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL (IDOSO), nos termos da Resolução do CONTRAN n.º 303, de 18/12/2008.

#### 01 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO INSS (QUANDO HOVER)	CPF Nº

#### 02 - ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.			NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF		TELEFONE
Condutor: ( ) Não ( ) Sim	Nº DO REGISTRO:			

Caso deseje que a credencial seja retirada por **terceiro (procurador legalmente constituído)**, deverão ser preenchidos os campos abaixo, bem como anexar cópia de documento de identidade válido do procurador:

Constitui como seu procurador \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade n.º \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Município: \_\_\_\_\_/ES, a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes para representar perante o DETRAN|ES, para o fim específico de RETIRADA DA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL (IDOSO), e praticar todos os demais atos necessários para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou de acordo com as condições estabelecidas pelo DETRAN|ES. Para tanto faço anexar os documentos exigidos, nos termos da Instrução de Serviço pertinente.

Nestes termos, pede deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

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



**ANEXO II**

**CREDCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO**

Senhor Diretor Geral, a pessoa física abaixo nominada requer a Vossa Senhoria a CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, nos termos da Resolução 304 do CONTRAN, de 18/12/2008.

**01 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

NOME	
NUMERO DE INSCRIÇÃO INSS (QUANDO HOVER)	CPF Nº

**02 - ENDEREÇO**

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

Caso deseje que a credencial seja retirada por **terceiro (procurador legalmente constituído)**, deverão ser preenchidos os campos abaixo, bem como anexar cópia do documento de identidade válido do procurador.

Constitui como seu procurador \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade n.º \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Município: \_\_\_\_\_/ES, a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes para representar perante o DETRAN|ES, para o fim específico de RETIRADA DA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL (DEFICIENTE), e praticar todos os demais atos necessários para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que estou de acordo com as condições estabelecidas pelo DETRAN|ES. Para tanto faço anexar os documentos exigidos, nos termos da Instrução de Serviço pertinente.

Nestes termos, pede deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

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



ANEXO III

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

Carimbo Padronizado CNPJ

\_\_\_\_\_, 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...”





**ANEXO IV**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO  
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO**

Serviço Médico/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	Email:	

*Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto na Instrução de Serviço N n.º 068/2014, publicada no DIO-ES em 19/12/2014, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:*

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Código Internacional de Doenças - CID-10</b> (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)
<b>Deficiência Física dos membros inferiores (*):</b> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporário	
<input type="checkbox"/> <b>Deficiência VISUAL (*)</b>	
<b>Descrição Detalhada da Deficiência (*)</b> Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo	

**UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome:
CNPJ:
Responsável:
CPF:



Nome:	
Endereço:	
Especialidade:	



**ANEXO IV – A**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO					
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>					
<b>Nome:</b>				<b>CPF:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA</b>					
O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, onde constatou-se que, para fins de aquisição de CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL (DEFICIENTE), nos termos da Resolução 304 do CONTRAN, de 18/12/2008, o mesmo <b>É PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, APRESENTANDO alteração completa ou parcial do(s) seguinte(s) SEGMENTOS do corpo humano:</b> <b>(ASSINALAR AO MENOS UM DOS SEGMENTOS ABAIXO)</b>					
<input type="checkbox"/> CABEÇA	<input type="checkbox"/> PESCOÇO	<input type="checkbox"/> TRONCO	<input type="checkbox"/> MEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> 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: <b>(ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS ABAIXO)</b>					
<input type="checkbox"/> paraplegia	<input type="checkbox"/> monoparesia	<input type="checkbox"/> triplegia	<input type="checkbox"/> hemiparesia	<input type="checkbox"/> paralisia cerebral	<input type="checkbox"/> nanismo
<input type="checkbox"/> paraparesia	<input type="checkbox"/> tetraplegia	<input type="checkbox"/> triparesia	<input type="checkbox"/> ostomia	<input type="checkbox"/> hemiplegia	<input type="checkbox"/> tetraparesia
<input type="checkbox"/> monoplegia	<input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro inferiores		<input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro superiores		
<input type="checkbox"/> membros inferiores <b>com deformidade congênita ou adquirida</b> , sendo que tal deformidade <b>NÃO É DE ORIGEM ESTÉTICA E</b> resulta em DIFICULDADE para o desempenho das funções do MEMBRO deformado, representando uma perda ou anormalidade que gera <b>INCAPACIDADE</b> (*) para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.					
----- (*) <b>INCAPACIDADE</b> - 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)					
<input type="checkbox"/> <b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL</b>					
<input type="checkbox"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;					
<input type="checkbox"/> baixa visão, acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;					
<input type="checkbox"/> somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º.					
<b>Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal:</b> “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..”					



	<b>UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</b>
	Nome:
	CNPJ:
	Responsável:
CPF:	
Nome:	
Endereço:	
Especialidade:	

**IMPORTANTE**

(1) A deficiência deve ser atestada por um médico responsável pela área correspondente à deficiência e que prestem serviço para a Unidade Emissora do Laudo (UEL).

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO IV e ANEXO IV-A INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CONTRAN N.º 304, DE 18/12/2008.**

**(Definições de acordo com o DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004 e CID-10)**

**DEFINIÇÕES**

I – **Pessoa com Deficiência** - além daquelas previstas na Lei n.º 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

- A) **Deficiência física** - 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; e
- B) **Pessoa com mobilidade reduzida** - aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.
- C) **Deficiência Visual** - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.



**ANEXO V**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO  
PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO (severa ou profunda)**

Serviço Médico/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	Email:	

*Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto na Instrução de Serviço N n.º 068/2014, publicada no DIO-ES em 19/12/2014, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:*

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)</b>
<b>Deficiência Mental (*):</b> <input type="checkbox"/> Severa/grave - F.72 (CID-10)  <input type="checkbox"/> Profunda - F.73 (CID-10)	
<b>Descrição Detalhada da Deficiência (*)</b> Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo	
Deverá indicar qual a dificuldade de locomoção apresentada:	

**UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome:
CNPJ:
Responsável:



CPF:

Nome:

Endereço:

Especialidade:



ANEXO V - A

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL										
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE										
Nome:	CPF:									
<p>O interessado acima identificado foi submetido a perícia perante esta Junta Médica, onde constatou-se que o paciente:</p> <p>1) Apresenta funcionamento intelectual significativamente inferior à média;</p> <p>2) Apresenta limitações associadas a DUAS ou MAIS áreas de habilidades adaptativas, dentre as quais destacam-se:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> comunicação</td> <td><input type="checkbox"/> saúde e segurança</td> <td><input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cuidado pessoal</td> <td><input type="checkbox"/> lazer</td> <td><input type="checkbox"/> trabalho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> habilidades sociais</td> <td><input type="checkbox"/> utilização da comunidade</td> <td></td> </tr> </table> <p>3) A deficiência ou retardo mental manifestou-se <b>ANTES dos 18 (dezoito) anos</b>;</p> <p>4) A deficiência ou retardo mental <b>ATENDE A TODOS OS CRITÉRIOS</b> A SEGUIR PARA CADA NÍVEL DE DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA:</b> (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE <b>CUMULATIVOS</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples</li> <li><input type="checkbox"/> Atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor</li> <li><input type="checkbox"/> Alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia)</li> <li><input type="checkbox"/> Autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão</li> <li><input type="checkbox"/> Déficit intelectual atendendo ao nível severo</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>DEFICIÊNCIA MENTAL PROFUNDA:</b> (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE <b>CUMULATIVOS</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar</li> <li><input type="checkbox"/> Retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção)</li> <li><input type="checkbox"/> Incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas</li> <li><input type="checkbox"/> Outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas</li> <li><input type="checkbox"/> Déficit intelectual atendendo ao nível profundo</li> </ul>		<input type="checkbox"/> comunicação	<input type="checkbox"/> saúde e segurança	<input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas	<input type="checkbox"/> cuidado pessoal	<input type="checkbox"/> lazer	<input type="checkbox"/> trabalho	<input type="checkbox"/> habilidades sociais	<input type="checkbox"/> utilização da comunidade	
<input type="checkbox"/> comunicação	<input type="checkbox"/> saúde e segurança	<input type="checkbox"/> habilidades acadêmicas								
<input type="checkbox"/> cuidado pessoal	<input type="checkbox"/> lazer	<input type="checkbox"/> trabalho								
<input type="checkbox"/> habilidades sociais	<input type="checkbox"/> utilização da comunidade									
<p><b>Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal:</b>            “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..”</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nome:</td> </tr> <tr> <td>CNPJ:</td> </tr> <tr> <td>Responsável:</td> </tr> <tr> <td>CPF:</td> </tr> </tbody> </table>		UNIDADE EMISSORA DO LAUDO	Nome:	CNPJ:	Responsável:	CPF:				
UNIDADE EMISSORA DO LAUDO										
Nome:										
CNPJ:										
Responsável:										
CPF:										



Nome:	
Endereço:	
Especialidade:	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO V e ANEXO V-A INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA  
O BENEFÍCIO PREVISTO NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CONTRAN N.º 304, DE 18/12/2008.**

(Definições de acordo com o DECRETO Nº 5.296  
DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004 e CID-10)

**DEFINIÇÕES**

I – **Pessoa com Deficiência** - além daquelas previstas na Lei n.º 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

D) **Deficiência mental** - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho; deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

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** constantes no ANEXO V-A.

---

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





**ANEXO VI**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO  
AUTISMO QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO  
(Transtorno Autista e Autismo Atípico)**

Serviço Médico/Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade nº	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	Email:	

*Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto na Instrução de Serviço N 068/2014, publicada no DIO-ES em 19/12/2014, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:*

<b>Tipo de Deficiência</b>	<b>Código Internacional de Doenças - CID-10 (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)</b>
<b>Autismo (*):</b> <input type="checkbox"/> Transtorno autista - F.84.0 (CID-10)  <input type="checkbox"/> Autismo atípico - F.84.1 (CID-10)	
<b>Descrição Detalhada da Deficiência (*)</b> Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo	
Deverá indicar qual a dificuldade de locomoção apresentada:	

**UNIDADE EMISSORA DO LAUDO**

Nome: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Responsável: \_\_\_\_\_



CPF:

Nome:

Endereço:

Especialidade:



## ANEXO VI - A

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PESSOA COM AUTISMO QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO (CID-10: F84.0/1)	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	CPF:
<p><b>I - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "A"</b> (Preencher <u>um total de 6 (seis) ou mais</u> dos seguintes <u>itens</u> observando-se os referenciais mínimos grifados para cada item)</p> <p><b>Item 1</b> - O interessado apresenta comprometimento qualitativo da interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).</p> <p><input type="checkbox"/> ausência de reciprocidade social ou emocional.</p> <p><b>Item 2</b> - O interessado apresenta comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos:</p> <p><input type="checkbox"/> 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).</p> <p><input type="checkbox"/> em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa.</p> <p><input type="checkbox"/> uso estereotipado e repetitivo da linguagem idiossincrática.</p> <p><input type="checkbox"/> ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento.</p> <p><b>Item 3</b> - O interessado apresenta padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos <u>um</u> dos seguintes aspectos:</p> <p><input type="checkbox"/> preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco.</p> <p><input type="checkbox"/> adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais.</p> <p><input type="checkbox"/> maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p.ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo).</p> <p><input type="checkbox"/> preocupação persistente com partes de objetos.</p> <p><b>II - TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "B"</b> O interessado apresenta atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos umas das seguintes áreas, <b>com início antes dos 3 (três) anos de idade</b>:</p> <p><input type="checkbox"/> interação social <input type="checkbox"/> linguagem para fins de comunicação social ou <input type="checkbox"/> jogos imaginativos ou simbólicos.</p> <p><b>Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal:</b> "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:</p>	



Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos..”

	<b>UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</b>
	Nome:
	CNPJ:
	Responsável:
	CPF:
Nome:	
Endereço:	
Especialidade:	



**ANEXO VI - B**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PESSOA COM AUTISMO QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO (CID-10: F84.0/1)	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>	
<b>Nome:</b>	<b>CPF:</b>
<p><b>II - AUTISMO ATÍPICO (F 84.1)</b></p> <p><b>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, <u>interações sociais recíprocas, comunicação e comportamento restrito, estereotipado e repetitivo</u>) a despeito de anormalidades características em outra (s) área(s).</b></p> <p>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.</p> <p><b>Item A</b> – Descrição de AO MENOS <b>UM</b> dos critérios sintomatológicos para os itens da área do comportamento qualitativo de interação social <b>PRESENTES</b> no paciente submetido ao Laudo de Avaliação:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Item B</b> – Descrição dos critérios sintomatológicos <b>AUSENTES</b> 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.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Item C</b> – O interessado apresenta <b>comprometimento qualitativo da interação social</b>, manifestado pelos seguintes aspectos:</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.</p> <p><input type="checkbox"/> ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex. não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).</p> <p>a de reciprocidade social ou emocional.</p> <p><b>Item D</b> – O <b>início dos sintomas se manifestou até os 5 (cinco) anos de idade</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	



**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..”

_____	<b>UNIDADE EMISSORA DO LAUDO</b>
	Nome:
	CNPJ:
	Responsável:
	CPF:
Nome:	_____
Endereço:	
Especialidade:	

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO ANEXO V e ANEXO V-A e B INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O BENEFÍCIO PREVISTO NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CONTRAN N.º 304, DE 18/12/2008.**

**Critérios Diagnósticos baseado nono 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 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.

