



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS  
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL**

INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 030/2018/GAB/CRE.

Porto Velho, 02 de agosto de 2018.

Publicada no DOE nº147, de 02.08.18.

Errata publicada no DOE nº 176, de 24.09.18.

Altera os formulários dos modelos constantes nos Anexos XXVI e XXVII da Instrução Normativa 017/2018/GAB/CRE, que define os modelos constantes no Anexo XVII do regulamento do imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, aprovado pelo Decreto n. 22.721, de 5 de abril de 2018.

**O COORDENADOR GERAL DA RECEITA ESTADUAL**, no uso de suas atribuições legais;

**D E T E R M I N A**

Art. 1º. Passam a vigorar, com a seguinte redação, os formulários dos modelos constantes na Instrução Normativa 017/2018/GAB/CRE:

I - o formulário do modelo constante no Anexo XXVI - Laudo de Avaliação de Deficiência Física e/ou Visual: (Convênio ICMS 50/18, efeitos a partir de 26/07/18)

**“ANEXO XXVI**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL**

**(Item 46, Nota 6, *caput* da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS**  
**COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL**

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL			
Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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 Convênio ICMS 38/12, 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)	



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS  
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL**

<p>Deficiência física*</p> <p>Deficiência visual*</p> <p>*observar as instruções deste anexo.</p> <p>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, 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.</p> <p>2. É considerada pessoa portadora de deficiência visual, aquela que apresenta acuidade visual 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.</p>	<p>Descrição detalhada da deficiência:</p>	
<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura Carimbo e registro do CRM</p>	<p style="text-align: center;">Unidade Emissora do Laudo</p> <p>Identificação: _____</p> <p>CNPJ: _____</p> <p>Nome e CPF do responsável:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do responsável</p>

”(NR);

II - o formulário do modelo constante no Anexo XXVII - Laudo de Avaliação deficiência mental (severa ou profunda):(Convênio ICMS 50/18, efeitos a partir de 26/07/18)

**“ANEXO XXVII**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (SEVERA OU PROFUNDA)**

**(Item 46, Nota 8, *caput* da Parte 3 do Anexo I do RICMS/RO)**



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS**  
**COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL**

LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (severa ou profunda)			
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 Convênio ICMS nº 38, de 30 de março de 2012, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Deficiência mental severa / grave - F.72 (CID-10) - observadas as instruções da Portaria Interministerial nº 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 nº 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:



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
SECRETARIA DE ESTADO DE FINANÇAS  
COORDENADORIA DA RECEITA ESTADUAL**

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

”(NR).

Art. 2º. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos em relação aos dispositivos por ele disciplinados, a partir da data de entrada em vigor do Convênio ICMS nele indicado.

**WILSON CÉZAR DE CARVALHO**  
Coordenador Geral da Receita Estadual