

PORTARIA Nº 1.282/2024

DISPÕE SOBRE A EMISSÃO DE AUTORIZAÇÃO CREDENCIAL GRATUITA, PARA CARTÃO DE VAGA PARA ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS DE IDOSOS, E DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, QUE APRESENTEM DIFICULDADES COM LOCOMOÇÃO.

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SEGURANÇA E TRANSITO** de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, no uso de suas atribuições delegadas através do Decreto nº 32.516/2022 e **AUTORIDADE MUNICIPAL DE TRÂNSITO – RESPONSÁVEL PELO ÓRGÃO MUNICIPAL EXECUTIVO E RODOVIÁRIO DE TRÂNSITO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM/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 Decreto N.º 32.576, publicado no D.O.M. de 23 de janeiro de 2023, tendo em vista o que consta no processo nº **38870/2024**,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Portaria tem por finalidade estabelecer normas gerais e critérios básicos para a promoção de vagas de estacionamento de veículos destinadas às pessoas idosas, e veículos que transportem pessoas com deficiência e com dificuldade de locomoção, conforme disponibiliza a Constituição Federal, artigo 227, parágrafo 1º, inciso II, e o art. 7º, parágrafo único, da Lei Federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 que estabelece a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para pessoas com deficiências ou mobilidade reduzida, assim como o 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;

Art. 2º A Presente Portaria define 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 do Município de Cachoeiro de Itapemirim, Estado do Espírito Santo, 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 ou não, deverá ser devidamente comprovada por atestado médico, de acordo com o estabelecido nesta Instrução de Serviço.

Art. 3º 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. 4º Para fornecimento da credencial, o interessado deverá formalizar requerimento, a ser protocolizado na Subsecretaria de



Trânsito do Município do Cachoeiro de Itapemirim/ES, acompanhado dos seguintes documentos:

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

I- Requerimento conforme modelo do ANEXO I, devidamente preenchido pelo interessado de forma completa;

II- 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). Para não condutores, apresentação da Carteira de Identidade Civil - CI.

III- Fotocópia do comprovante de residência atualizado (energia elétrica, água ou prestação de serviço de telecomunicações), do Município do requerente, emitido nos últimos 90 (noventa) dias.

IV- Comprovante de Representação Legal, nos termos art. 654, §§ 1º e 2º, do Código Civil, quando se tratar de pedido feito por procurador devidamente habilitado.

§ 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 de forma completa;

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

III- Pessoas com deficiências menores de 12 anos poderão apresentar fotocópia da Certidão de Nascimento como documento oficial de identificação civil (a cópia ficará retida);

IV- Fotocópia do documento que comprove que o requerente é representante da pessoa com deficiência, quando for o caso (a cópia ficará retida);

V- Fotocópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, caso seja o condutor (a cópia ficará retida);

VI- Fotocópia do comprovante de residência atualizado (energia elétrica, água ou prestação de serviço de telecomunicações), do Município do requerente, emitido nos últimos 90 (noventa) dias;

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

VIII- 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.

IX- Em se tratando de laudo emitido por médico da rede privada de saúde, o mesmo deverá a posteriori ser endossado por um médico da rede pública de saúde, para sua emissão.

Título I **Da Comprovação de Pessoas com Deficiências que** **Apresentem Dificuldades de Locomoção**

Art. 5º 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.

§ 2º Em todas as categorias de Deficiência acima listados, no Laudo de Avaliação deverão constar as seguintes informações:

- I-** Identificação do Requerente e dados complementares;
II- relatório da descrição da deficiência permanente ou temporária, que cause dificuldade de locomoção com inserção do Código Internacional de Doença - CID respectivo ou DSM4;
III- informação quanto ao uso de prótese ou aparelho ortopédico;
IV- nome legível, número da inscrição do respectivo Conselho Regional de Medicina - CRM, carimbo e assinatura do médico credenciado do Sistema Único de Saúde - SUS;
V- nome legível, CPF, CNPJ, e assinatura do Responsável pela Unidade emissora do Laudo (SUS);
VI- 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;

§ 3º Todos os Anexos deverão ser devidamente preenchidos e de acordo com o constante nesta Portaria, sob pena de indeferimento.

Art. 6º 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 na Resolução N.º 965 do CONTRAN, caracteriza infração prevista no artigo 181, inciso XVII do Código de Trânsito Brasileiro.

Art. 7º 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. 8º 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. 9º 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 encaminhado à Subsecretaria de Trânsito, juntando os seguintes documentos.

- I-** 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);



II- Fotocópia do documento comprovando que o requerente é representante legal da pessoa com deficiência, quando for o caso (a cópia ficará retida);

III- Boletim de Ocorrência Policial, ou documento similar, quando for o caso (a cópia ficará retida);

IV- Credencial danificada, quando for o caso.

Art. 10 Em caso de renovação da credencial deverá ser apresentado novo requerimento, de acordo com o estabelecido no Art. 3º desta Portaria.

Art. 11. 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 pessoas com deficiência.

Art. 12. 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 Subsecretaria de Trânsito, e que ensejará a devolução da credencial emitida.

Art. 13. Entende-se por representante da pessoa com deficiência, os pais, tutores, curadores e procuradores legalmente constituídos.

Art. 14. A Subsecretaria de Trânsito poderá cancelar ou alterar, a qualquer tempo, as autorizações emitidas, por motivo devidamente justificado.

Art. 15. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 18 de junho de 2024.

RUY GUEDES BARBOSA JÚNIOR
Secretário Municipal de Segurança e Trânsito
Autoridade Municipal de Trânsito de Cachoeiro de Itapemirim/ES

*Os anexos I a VI encontram-se disponíveis no site www.cachoeiro.es.gov.br



ANEXO I**CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PARA IDOSO**

Requero a Vossa Senhoria, a CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL (IDOSO), nos termos da Resolução do CONTRAN n.º 965, de 1º/06/2022.

01-IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO INSS (QUANDO HOVER)	CPF Nº

02 – ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA		NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	
CONDUTOR () NÃO () SIM	Nº DO REGISTRO	TELEFONE	

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 n.º _____, residente e domiciliado na _____, 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 pela Subsecretaria de Trânsito do Município de Cachoeiro de Itapemirim. Para tanto faço anexar os documentos exigidos, nos termos da Portaria 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**CRENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO**

Requeiro a Vossa Senhoria, a CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, nos termos da Resolução 965 do CONTRAN, de 1º/06/2022.

01-IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME	
NÚMERO DE INSCRIÇÃO INSS (QUANDO HOVER)	CPF Nº

02 – ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, PRAÇA		NÚMERO	ANDAR, SALA, ETC.
BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	
CONDUTOR () NÃO () SIM	Nº DO REGISTRO	TELEFONE	

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 n.º _____,
residente e domiciliado na _____,
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 pela Subsecretaria de Trânsito do Município de Cachoeiro de Itapemirim. Para tanto faço anexar os documentos exigidos, nos termos da Portaria 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 INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Carimbo Padronizado CNPJ

_____, inscrito(a) no CPF 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 REQUERENTE
OU REPRESENTANTE LEGAL**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: () Masculino () Feminino	
Identidade nº:	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante Legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	E-mail:	

Atestamos para a finalidade de concessão do benefício ora previsto, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários)
Deficiência Física dos membros inferiores (*): () Permanente () Temporário	
() Deficiência Visual (*)	
Descrição Detalhada da Deficiência (*) Observar as Instruções de Preenchimento deste Anexo	

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO	
	Nome:
	CNPJ:
	Responsável:
	CPF:
Nome:	
Endereço:	
Especialidade:	

Autenticar documento em <https://processos.cachoeiro.es.gov.br/autenticidade>

RUA VENEZUELA, 100 - CENTRO DE MÉRITO - CEP: 31003-100 - CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, ES

MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



ANEXO IV – A

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU VISUAL QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO					
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE					
Nome:			CPF:		
() PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA					
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 965 do CONTRAN, de 1º/06/2022, o mesmo 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: (ASSINALAR AO MENOS UM DOS SEGMENTOS ABAIXO)					
<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: (ASSINALAR AO MENOS UMA DAS FORMAS ABAIXO)					
<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 membros inferiores			<input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membros superiores	
<input type="checkbox"/> membros inferiores 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.					
() PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL					
<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.					
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..."					

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO	
	Nome:
	CNPJ:
	Responsável:
	CPF:
Nome:	

IMPORTANTE

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

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



Autenticar documento em <https://processos.cachoeiro.es.gov.br/autenticidade>
com o identificador **3100310034003400370090034003A00540052004100**. Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



**NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO PARA O
BENEFÍCIO PREVISTO NOS TERMOS DA
RESOLUÇÃO CONTRAN N.º 965, DE 1º/06/2022.**

(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: () Masculino () Feminino	
Identidade nº:	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante Legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	E-mail:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício ora previsto, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários)
Deficiência Mental (*): () Segura/grade – F.72 (CID-10) () Profunda – F.73 (CID-10)	
Descrição Detalhada da Deficiência (*) 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> <p>() comunicação () saúde e segurança () habilidades acadêmicas</p> <p>() cuidado pessoal () laser () trabalho</p> <p>() habilidades sociais () utilização da comunidade</p> <p>3) A deficiência ou retardo mental manifestou-se ANTES dos 18 (dezoito) anos;</p> <p>4) A deficiência ou retardo mental ATENDE A TODOS OS CRITÉRIOS A SEGUIR PARA CADA NÍVEL DE DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA OU PROFUNDA:</p> <p>() DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA: (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE CUMULATIVOS)</p> <p>() Déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples</p> <p>() Atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor</p> <p>() Alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia)</p> <p>() Autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão</p> <p>() Déficit intelectual atendendo ao nível severo</p> <p>() DEFICIÊNCIA MENTAL PROFUNDA: (CRITÉRIOS OBRIGATORIAMENTE CUMULATIVOS)</p> <p>() Grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar</p> <p>() Retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção)</p> <p>() Incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas</p> <p>() Outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas</p> <p>() Déficit intelectual atendendo ao nível profundo</p>	
<p>Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal:</p> <p>“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> <p>Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos..”</p>	

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO	
	Nome:
	CNPJ:
	Responsável:
	CPF:
Nome:	



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 Nº 965, DE
1º/06/2022.**

**(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: () Masculino () Feminino	
Identidade nº:	Órgão Emissor:	UF:
Mãe:		
Pai:		
Responsável (Representante Legal):		
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	CEP:	UF:
Telefone:	E-mail:	

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício ora previsto, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças – CID-10 (Preencher com tantos códigos quanto sejam necessários)
Autismo (*): () Transtorno Autista – F.84.0 (CID-10) () Autismo atípico – F.84.1 (CID-10)	
Descrição Detalhada da Deficiência (*) 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:	

Autenticar documento em <https://processos.cachoeiro.es.gov.br/autenticidade>

RUA VENEZUELA, 100 - CENTRO DE MÉRITO - CACHOEIRO DE ITAIPUBÁ - BARRIO DO MÉRITO - CACHOEIRO DE ITAIPUBÁ - BARRIO DO MÉRITO - ES 3300-100

MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



ANEXO VI – A

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
PESSOA COM AUTISMO QUE APRESENTE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO (CID-10: F84.0/1)	
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE	
Nome:	CPF:
<p>I – TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "A"</p> <p>(Preencher um total de 6 (seis) ou mais dos seguintes itens observando-se os referenciais mínimos grifados para cada item)</p> <p>Item 1 – O interessado apresenta comprometimento qualitativo da interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:</p> <p>() 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>() 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>() ausência de reciprocidade social ou emocional.</p> <p>Item 2 – O interessado apresenta comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos:</p> <p>() 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>() em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa.</p> <p>() uso estereotipado e repetitivo da linguagem idiossincrática.</p> <p>() ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento.</p> <p>Item 3 – O interessado apresenta padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:</p> <p>() preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco.</p> <p>() adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais.</p> <p>() maneirismos motores estereotipados e repetitivos (p.ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo).</p> <p>() preocupação persistente com partes de objetos.</p> <p>II – TRANSTORNO AUTISTA (F 84.0) - EIXO "B"</p> <p>O interessado apresenta atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos umas das seguintes áreas, com início antes dos 3 (três) anos de idade:</p> <p>() interação social () linguagem para fins de comunicação social () jogos imaginativos ou simbólicos.</p> <p>Dispõe o art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal:</p> <p>"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> <p>Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos.."</p>	





	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 Nº 965, DE 1º/06/2022.

Critérios Diagnósticos baseado no 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.
- 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.
- adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais.

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.

