

**REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DE IPVA**

REALIZAÇÃO DE JUNTA ESPECIAL DE SAÚDE PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL, MENTAL SEVERA OU PROFUNDA, AUTISMO OU DOENÇA GRAVE.

**A Ilmo. Senhor Diretor Geral do DETRAN/AC**

RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_

Telefone(s) nº: \_\_\_\_\_

**Represento neste ato:** \_\_\_\_\_

Portador (a) de CID nº \_\_\_\_\_

Doença descrita como: \_\_\_\_\_

CPF Nº \_\_\_\_\_ Habilitado ( ) SIM ( ) NAO

Venho, por meio deste, requerer a Vossa Senhoria, à vista da documentação anexada, com fundamento na Lei Complementar Estadual nº 114/02, a realização de Junta Especial de Saúde para a fruição de **ISENÇÃO DE IPVA**, para veículo motorizado, de fabricação nacional.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Rio Branco – Acre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE DO REQUERENTE**

**RENACH AC** \_\_\_\_\_

**Documentação necessária de quem requer o benefício:**

**1.**Fotocópia de Atestado/Laudo Médico (Público ou Particular) no qual conste nº do CID;**2.**Em caso de pessoa habilitada, apresentar fotocópia de CNH;**3.**Em caso de pessoa não habilitada, apresentar fotocópia de documento de identificação oficial com foto juntamente com fotocópia de CPF;**4.**Em caso de menor de 18 anos que não possua RG, apresentar fotocópia Certidão de Nascimento juntamente com fotocópia de CPF do menor.

**Documentação do representante:****1.**Fotocópia do documento respectivo à representação (Procuração/ Curatela/ Tutela);**2.**Fotocópia de documento de identificação oficial com foto.

**Obs.: 1.** Será cobrado um valor de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) pela perícia. **2.** Havendo a necessidade de psicólogo, será cobrado um valor de R\$ 480,00 (quatrocentos e oitenta reais). **3.** Quando, no caso de requerente habilitado e no resultado da perícia houver necessidade de restrições no campo “Observações” da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), é necessária atualização da CNH, contendo as respectivas restrições constadas no resultado da perícia.