

REQUERIMENTO
TERMO DE RESPONSABILIDADE ISENÇÃO – IPTU/ Portador de Doença
Crônica e Portador de Necessidades Especiais

DADOS DO REQUERENTE

| | | | |
|---------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| Nome do Requerente: | | | |
| RG: | Órgão Emissor: | CPF: | Matrícula Imobiliária: |
| Endereço: | | | |
| Número: | Complemento (conj. Cond.) | Bloco/Quadra/ Lote/ Apto : | |
| Bairro: | CEP: | | |
| E-mail: | Telefone (s) Contato (s): | | |

O requerente, vem a presença de V.Sa. solicitar a **ISENÇÃO DO DÉBITO DE IPTU** do presente exercício, de acordo com a Lei n. 1.628, de 30 de dezembro de 2011, regulamentada pelo Decreto n. 3748 de 11/07/2017, declara que:

OUTROS DADOS

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Portador de Doença Crônica Terminal <input type="checkbox"/> Portador de Necessidades Especiais |
| <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/separado judicialmente <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Caso seja Portador de Doença Crônica Terminal, o imóvel objeto do pedido é o único de sua propriedade e reside nele desde_____. |
| Reside só no imóvel? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> Caso seja Portador de Necessidades Especiais, é contemplado com <u>benefício</u> em programa social do governo federal, estadual ou municipal. |
| Dados do (a) Esposo (a): |
| Nome:_____ |
| <input type="checkbox"/> É Co - proprietário (a) do imóvel <input type="checkbox"/> Possui outro imóvel de sua propriedade. |

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei, especialmente as previstas nos artigos 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas, neste requerimento, são verdadeiras, bem como os documentos apresentados são autênticos.

Assinatura do Requerente

PROCURADOR

Nome legível:

RG:

CPF:

Se o declarante for analfabeto ou estiver impossibilitado de assinar solicitar-se-á a assinatura a rogo com duas testemunhas qualificadas.

Nome legível: _____

RG: _____ CPF: _____.

Nome legível: _____

RG: _____ CPF: _____.

DOCUMENTOS ORIGINAIS NECESSÁRIOS NÃO ENTREGUES

***SERVIDOR ASSINALAR OS DOCUMENTOS PENDENTES DE ENTREGA**

| | |
|--|---|
| | 1 - Requerimento do serviço; |
| | 2 - Carteira de Identidade (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF); |
| | 3 – Comprovante de propriedade do imóvel (Registro do Imóvel o Escritura pública ou Instrumento particular de compra e venda ou Doação com carimbo do RTD quando se tratar de instrumento particular; |
| | 4 - Comprovante de residência (água, energia, tv por assinatura, telefone fixo); |
| | 5 – Declaração de benefício em programa social do governo Federal, Estadual ou Municipal (Para portador de necessidades especiais); |
| | 6 – Laudo Médico expedido pela Junta Médica da Secretaria Municipal de Saúde; |
| | 7 - Se procurador: procuração reconhecida em cartório, RG e CPF; |
| | 8 – Tutela ou Curatela: Ordem judicial (caso o cuidador não seja o pai ou mãe do titular). |

Obs.: Documentos necessários - SOMENTE ORIGINAL Caso necessário poderá ser solicitado outros documentos para análise de processo.

NOTIFICAÇÃO

Fica notificado o requerente ou representante legal a apresentar, no prazo de 10 (DEZ) dias, contados a partir da formalização do processo, os documentos pendentes acima especificados, necessários ao exame do pedido, conforme art. 22 do Decreto nº 3.224/2015, transcorrido esse prazo, sem que seja sanada a pendência documental, o processo será encaminhado ao órgão competente da matéria para indeferimento e arquivamento.