



MUNICÍPIO DE CONTAGEM / MG
Secretaria Municipal de Fazenda

REQUERIMENTO DE REMISSÃO - PATOLOGIA INCAPACITANTE DE NATUREZA GRAVE, CRÔNICA OU TERMINAL

1 - DADOS DO REQUERENTE

NOME COMPLETO			CPF	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, etc)		Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CEP	CIDADE		UF
TELEFONE	EMAIL		COMUNICADOS POR E-MAIL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
O REQUERENTE É O PORTADOR DA PATOLOGIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				

2 - DADOS DO PORTADOR DA PATOLOGIA (caso não seja o requerente)

NOME COMPLETO		CPF	
GRAU DE PARENTESCO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO(A)			

3- PATOLOGIA INCAPACITANTE DE NATUREZA GRAVE, CRÔNICA OU TERMINAL

<input type="checkbox"/> Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)	<input type="checkbox"/> alienação mental
<input type="checkbox"/> cardiopatia grave	<input type="checkbox"/> cegueira (inclusive monocular)
<input type="checkbox"/> contaminação por radiação	<input type="checkbox"/> doença de Paget em estados avançados (osteíte deformante)
<input type="checkbox"/> doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> esclerose múltipla
<input type="checkbox"/> espondiloartrose anquilosante	<input type="checkbox"/> fibrose cística (mucoviscidose)
<input type="checkbox"/> hanseníase	<input type="checkbox"/> nefropatia grave
<input type="checkbox"/> hepatopatia grave	<input type="checkbox"/> neoplasia maligna
<input type="checkbox"/> paralisia irreversível e incapacitante	<input type="checkbox"/> tuberculose ativa
<input type="checkbox"/> síndrome de Down	<input type="checkbox"/> autismo

4 - DÉBITOS EM ABERTO

<input type="checkbox"/> IPTU e TAXAS	EXERCÍCIO:	ÍNDICE CADASTRAL:	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, etc)		Nº	COMPLEMENTO
LOTE	QUADRA	BAIRRO	MATRÍCULA CRI

5 - SOLICITAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Solicito a Remissão dos créditos tributários inscritos no Cadastro acima indicado, haja vista a existência de patologia incapacitante de natureza grave, crônica ou terminal, conforme previsão contida no inciso VII do Art.38-F do Código Tributário do Município de Contagem.

DECLARO serem verdadeiras as informações prestadas e autênticos os documentos apresentados conforme Lei Federal nº4.729 de 14/06/1965.

DECLARO estar ciente de que as afirmações acima serão verificadas por Agente Fiscal da PMC e que a apresentação de informações falsas ao Fisco Municipal sujeita o contribuinte a multa, conforme previsto em legislação específica.

DECLARO que apresento agora todos os documentos solicitados, sem omissão alguma.

DECLARO estar ciente que a falta de documentos exigidos implicará no indeferimento do pedido.

DECLARO estar ciente que o indeferimento do pedido implica na exigência do pagamento do valor das parcelas já vencidas com os acréscimos previstos nos artigos 29 e 35 do Código Tributário do Município de Contagem.

Local e data

Assinatura do Requerente

REMISSÃO DE CRÉDITOS - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

LEIA COM ATENÇÃO, ANTES DE INICIAR O PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

Conforme §4º, art. 6º do Decreto 916, de 27 de fevereiro de 2019, o requerimento deverá ser apresentado até o dia 28/06/2019.**DADOS DO REQUERENTE:** é a pessoa, física ou jurídica, que tenha interesse na Remissão de crédito tributário, conforme inciso VII do art. 38.F do Código Tributário do Município de Contagem, ou o representante legal, formalmente constituído.**CPF:** Informe o número do Cadastro de Pessoa Física.**ENDEREÇO:** Informe os dados do endereço completo do Requerente que será utilizado para envio de comunicados, notificações e/ou decisões.**TELEFONE:** Informe ao menos um número de telefone para contato, preferencialmente fixo.**EMAIL:** Informe o endereço para correspondência eletrônica.**COMUNICADOS POR EMAIL?** Marque a opção correspondente.**O REQUERENTE É O PORTADOR DA PATOLOGIA?:** Marque a opção correspondente.**DADOS DO PORTADOR DA PATOLOGIA (caso não seja o requerente):** preencher este campo no caso do portador da patologia ser cônjuge ou filho(a) do proprietário do imóvel.**GRAU DE PARENTESCO:** Marque a opção correspondente.**PATOLOGIA INCAPACITANTE DE NATUREZA GRAVE, CRÔNICA OU TERMINAL:** Marque a opção correspondente.**ÍNDICE CADASTRAL:** Informe o número do índice cadastral (inscrição) do imóvel.**DADOS DO IMÓVEL:** Preencha campos para identificação precisa do imóvel.**LOTE/QUADRA/BAIRRO:** Conforme dados de Cartório de Registro de Imóveis ou do Comprovante de Titularidade.**MATRÍCULA CRI:** Número da matrícula do registro do imóvel.**SOLICITAÇÃO TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Leia atentamente o termo de responsabilidade e assinale a opção que formaliza a solicitação de Remissão dos créditos tributários. Datar e assinar.**DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA****1** - Formulário - Requerimento de remissão.**2** - Documento de identidade e CPF do proprietário.**3** - Documento de identidade e CPF do portador da patologia, caso não seja o proprietário do imóvel.**4** - Cópia da certidão de casamento, caso o portador da patologia seja o cônjuge.**5** - Laudo emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, bem como por unidade de Saúde cadastrada pelo Sistema Único de Saúde - SUS.**6** - Comprovante de propriedade/titularidade ou posse do imóvel. Este imóvel deve ser único de que o contribuinte ou seu cônjuge seja proprietário no Município, utilizado exclusivamente como sua residência e de sua família.**7** - Comprovante de residência atualizado em nome do requerente.