



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? ☐ SIM ☐ NÃO	
O REQUERENTE É O PORTADOR DA PATOLOGIA? ☐ SIM ☐ NÃO				

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

NOME COMPLETO	CPF
GRAU DE PARENTESCO: ☐ CÔNJUGE ☐ FILHO(A)	

3- PATOLOGIA INCAPACITANTE DE NATUREZA GRAVE, CRÔNICA OU TERMINAL

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

4 - DÉBITOS EM ABERTO

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 e Decreto Nº 526, de 16 de março de 2022.

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.

DECLARO estar ciente que a remissão conferida prevalecerá por 2(dois) anos, considerando o exercício do pedido e o subsequente, desde que sejam mantidas as condições para a sua concessão.

DECLARO estar ciente que a ausência de apresentação de atestado médico que aponte a patologia mencionada e seu caráter grave, crônico ou terminal implicará no indeferimento do pedido de plano.

Local e data

Assinatura do Requerente

REMISSÃO DE CRÉDITOS - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

LEIA COM ATENÇÃO, ANTES DE INICIAR O PREENCHIMENTO DO REQUERIMENTO

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

- Formulário - Requerimento de Remissão;
- Documento de identidade e CPF do proprietário;
- Documento de identidade e CPF do portador da patologia, caso não seja o proprietário do imóvel;
- Certidão Civil (casamento/nascimento) do cônjuge ou filho, se for o caso;
- 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;
- 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;
- Comprovante de residência atualizado em nome do requerente;
- Comprovação de titularidade do imóvel junto ao Cadastro Imobiliário do Município;
- Caso o imóvel não esteja cadastrado em nome do requerente, instrumento que ateste a propriedade, domínio ou posse, a qualquer título, nos termos da legislação municipal vigente;
- Laudo comprobatório com a indicação expressa da doença incapacitante, conforme § 2º do art. 14 do Decreto 526, de 16 de março de 2022.