



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			
IPTU e TAXAS EXERCÍCIO:		ÍNDICE CADASTRAL:	
LOGRADOURO (Rua, Avenida, etc)		Nº	COMPLEMENTO
LOTE	QUADRA	BAIRRO	MATRÍCULA CRI
5 - SOLICITAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE			
<input type="checkbox"/> 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.			
<b>DECLARO</b> serem verdadeiras as informações prestadas e autênticos os documentos apresentados conforme Lei Federal nº4.729 de 14/06/1965.			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>DECLARO</b> que apresento agora todos os documentos solicitados, sem omissão alguma.			
<b>DECLARO</b> estar ciente que a falta de documentos exigidos implicará no indeferimento do pedido.			
<b>DECLARO</b> estar ciente que o indeferimento do pedido implica na exigência do pagamento do valor das parcelas já vencidas <u>com os acréscimos previstos</u> nos artigos 29 e 35 do Código Tributário do Município de Contagem.			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>DECLARO</b> 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.