Senhor Auditor Fiscal da Auditoria-Fiscal Especializada de IPVA – AFE 09

Solicito o reconhecimento de **ISENÇÃO** do IPVA do veículo abaixo identificado, prevista no inciso V do art. 5º da Lei Estadual nº 2.877/1997 **(PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, VISUAL , INTELECTUAL OU AUTISMO)**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA SUBSECRETARIA DE ESTADO DE RECEITA SUPERINTENDÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO **AUDITORIA FISCAL ESPECIALIZADA DE IPVA – AFE-09** | **Processo:**  **Data: Fls.:**  **Rubrica:**  **ID. Funcional:** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dados do Proprietário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefone | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) | | | |
| Endereço - Bairro | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | | | | | Telefone Celular | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | ( ) | | | |
| Município | | | | | e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Especificação do Veículo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marca/ Modelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Placa | | | | | | Renavam | | | | | | | | Exercício (ano) de início da isenção | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

( ) Declaro possuir outro veículo isento (art.5º, inciso V da Lei 2877/97), cujo RENAVAM é \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e solicito a **BAIXA DE SUA ISENÇÃO**.

( ) Declaro que possuía outro veículo isento (art.5º, inciso V da Lei 2877/97), cujo RENAVAM é \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e solicito a **BAIXA DE SUA ISENÇÃO.**

|  |
| --- |
| ( ) Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente das penalidades previstas em Lei para o caso de falsas declarações.  Nestes termos, solicito deferimento.  Rio de Janeiro, ­­­­­­­­­­\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ID (RG/CPF):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Nome em letras de forma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Documentos:  ( ) Identidade especial emitida pelo Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro (DETRAN) na forma do § 6º do art.5º da Lei Estadual 2.877/97; **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) CRV ou CRLV do veículo dentro do prazo de validade; **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) Taxa de Serviços Estaduais no valor de R$ 244,33 (em 2023); **(DARJ original)**  ( ) No caso de pessoa com deficiência física ou visual, **laudo médico,** no modelo indicado no sítio eletrônico da SEFAZ ou similar, que especifique em qual deficiência e sob qual forma dos incisos I e II do § 5º do art.5º da Lei Estadual 2.877/97 ela se apresenta; **(original ou cópia autenticada)**  ( ) **Laudo médico**, no modelo indicado no sítio eletrônico da SEFAZ ou similar, emitido por prestador de serviço público de saúde (em conjunto por médico e psicólogo), conforme § 7º do art.5º da Lei Estadual 2.877/97, no caso de pessoa com deficiência intelectual ou autismo a que se referem os incisos III e IV do § 5º do art.5º da Lei Estadual 2.877/97; **(original ou cópia autenticada)**  ( ) CNH dentro do prazo de validade, se a pessoa com deficiência ou o autista estiver habilitado para conduzir veículos automotores; **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) CNH dentro do prazo de validade do representante legal ou do condutor autorizado, conforme o caso, se a pessoa com deficiência ou o autista não for o condutor do veículo; **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) Comprovante de residência do representante legal ou do condutor autorizado, conforme o caso, se a pessoa com deficiência ou o autista não for o condutor do veículo; **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) Procuração, quando for o caso, com firma reconhecida e com poderes para representar junto ao Poder Público Estadual; **(original ou cópia autenticada)**  ( ) Identidade do procurador, se for o caso de procuração **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) Comprovante da representação legal, quando for o caso; **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) Identidade do representante legal, se for o caso de representação legal **(cópia simples mediante a apresentação do original ou cópia autenticada)**  ( ) Nota fiscal de aquisição do veículo (se veículo novo); **(cópia simples)** |