|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SECRETARIA DE ESTADO DA TRIBUTAÇÃO/RN** | REQUERIMENTO DE ITCD – DOAÇÃOIMPOSTO SOBRE TRANSMISSÃO “CAUSA MORTIS” E DOAÇÃO – ITCD(INSTITUÍDA PELA LEI Nº 5.887/1989 E REGULAMENTADA PELO DECRETO Nº 22.063/2010 - RITCD)  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **01** | **UNIDADE REGIONAL DE TRIBUTAÇÃO (USO DA SET):**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **02** | **ESTE REQUERIMENTO É RETIFICADOR?** | \_\_\_ NÃO | \_\_\_SIM | **PARA USO DA SET/UNIDADE REGIONAL DE TRIBUTAÇÃO**Nº ANTERIOR DO PAT/PROTOCOLO:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **03** | **DADOS DO DOADOR**  | **Nº TOTAL DE DOADORES:** |
| **DOADOR Nº 01** | NOME DO DOADOR | CPF/CNPJ | RG |
|        |       |       |
| ENDEREÇO DO DOADOR (Rua, Av., Praça etc.) | Nº | COMPLEMENTO |
|       |       |       |
| BAIRRO | MUNICÍPIO | UF | CEP |
|       |       |    |       |
| FONE/FAX | ASSINATURA  |
|       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOADOR Nº 02** | NOME DO DOADOR | CPF/CNPJ | RG |
|        |       |       |
| ENDEREÇO DO DOADOR (Rua, Av., Praça etc.) | Nº | COMPLEMENTO |
|       |       |       |
| BAIRRO | MUNICÍPIO | UF | CEP |
|       |       |    |       |
| FONE/FAX | ASSINATURA  |
|       |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **04** | **DADOS DO BENEFICIÁRIO (Utilizar o ANEXO IDENTIFICAÇÃO DOS DONATÁRIOS)** | **Nº TOTAL DE BENEFICIÁRIOS:**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **05** | **BENS E DIREITOS TRANSMITIDOS (Utilizar o ANEXO IDENTIFICAÇÃO DOS BENS E DIREITOS)** | **Nº TOTAL DE BENS E DIREITOS:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **06** | **FATO GERADOR** | **PARA USO DA SET/UNIDADE REGIONAL DE TRIBUTAÇÃO** |
|  | DOAÇÃO PLENA DE QUAISQUER BENS E DIREITOS (INCLUSIVE NUMERÁRIO) |       |
|  | INSTITUIÇÃO DE USUFRUTO A TERCEIRO |
|  | DOAÇÃO DA NUA PROPRIEDADE COM RESERVA DE USUFRUTO |
|  | DOAÇÃO NO BOJO DO PROCESSO DE SEPARAÇÃO (EXCESSO DE MEAÇÃO) |
|  | OUTROS (ESPECIFICAR):       |

|  |  |
| --- | --- |
| **07** | **OBSERVAÇÕES** |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| **08** | **IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO REQUERIMENTO** |
| NOME | CPF | RG |
|       |       |       |
| ENDEREÇO (Rua, Av., Praça etc.) | Nº | COMPLEMENTO |
|       |       |       |
| BAIRRO | MUNICÍPIO | UF | CEP |
|       |       |    |       |
| FONE/FAX | E-MAIL |
|       |       |
| Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de não as sendo responder administrativamente e criminalmente. |
|  |     /     /      |  |  |  |
|  | DATA |  | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |