Protocolo/PAT nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(uso da SEFIN)*

Ao Delegado Regional da Receita Estadual da Secretaria de Estado de Finança de Rondônia,

**IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | | |
| CPF | | | E-mail | |
| Endereço para correspondência | | | | |
| Bairro | Cidade | UF | | CEP |
| Telefone | Celular | Fax | | |
| Identidade Nº | Órgão Emissor | UF | | Data de Nascimento  /  / |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai, Mãe, Tutor ou Curador) | | | | |
| Nome | | | | |
| * CPF | * Identidade Nº | * Órgão Emissor | * UF | * Data de Emissão * /    / |

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS DO VEÍCULO: | |
| Marca/Modelo: | Ano de fabricação: |
| Renavam: | Placa: |

O Interessado acima solicita isenção de IPVA sobre a propriedade de veículo pertencente a pessoa portadora de deficiência mental severa ou profunda, com fulcro no [Art. 14-A do Decreto estadual nº 9963/2002](https://www.sefin.ro.gov.br/portalsefin/anexos/D02-9963-RIPVA-Cons-ate-Dec-21847-17.pdf).

O interessado está ciente que, para efeitos do benefício fiscal é considerada pessoa portadora de deficiência mental severa ou profunda, aquela que apresenta o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior aos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.

O interessado está ciente que o benefício somente se aplica ao adquirente que não tiver débitos para com a Fazenda Pública do Estado de Rondônia.

O interessado declara que o veículo é de uso exclusivo de pessoa portadora da deficiência mental severa ou profunda e que seu valor de aquisição não é superior a R$ 70.000,00 (setenta mil reais), incluído os tributos, de acordo com as informações constantes na nota fiscal, quando se tratar de veículo novo, e com base na tabela utilizada para definição da base de cálculo do imposto do ano da análise do pedido de isenção, conforme previsto no inciso V do artigo 3º, no caso de veículo usado.

|  |  |
| --- | --- |
| Data do Requerimento:  /  / | * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Assinatura do Contribuinte/Procurador/Responsável |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (original e cópia legível ou cópia legível autenticada) | **Base legal** | **N. A. \* (uso da SEFIN)** |
| 1 | Solicitação de abertura do Processo Administrativo com o serviço “123 – ISENÇÃO DE IPVA”, que deverá ser feita na agência de rendas quando da protocolização dos documentos, sendo gerada a capa do processo; | Anexo XII, Parte 3, Art.77, § 2º, RICMS. |  |
| 2 | Requerimento contendo o nome do órgão ou da autoridade administrativa a que seja dirigido; a identificação do interessado ou de quem o represente; o domicílio do interessado ou o local para recebimento de correspondência, a formulação do pedido, com exposição dos fatos e de seus fundamentos legais; a data e assinatura do interessado ou seu representante legal; | Art. 14-A. |  |
| 3 | Na hipótese de representação [procurador], o respectivo instrumento particular com firma reconhecida em cartório, ou o mandato de procuração pública, acompanhado da cópia do documento oficial de identificação pessoal. | Anexo XII, Parte 3, Art.77, § 1º, RICMS. |  |
| 4 | Taxa de serviço, código de receita 6120, no valor de 1 (uma) UPF/RO; | Art. 14-A,VIII. |  |
| 5 | Certidão Negativa de Tributos Estaduais; | Art. 14-A,§ 2º. |  |
| 6 | Identidade e CPF do requerente (interessado, curador, tutor ou responsáveis); | Art. 14-A,IV. |  |
| 7 | Comprovação da condição de pessoa com deficiência mental severa ou profunda, será atestada mediante Laudo de Avaliação emitido em conjunto por médico e psicólogo, no formulário [“](https://drive.google.com/open?id=1IhMNGwJAirMADKSucmO2Sb9WvWLSNaea)Laudo de Avaliação Deficiência Mental (severa ou profunda)[”](https://drive.google.com/open?id=1IhMNGwJAirMADKSucmO2Sb9WvWLSNaea), emitido por prestador de: (a) Serviço público de saúde; (b) serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado também da declaração “Declaração: Serviço Médico Privado Integrante do Sistema Único de Saúde (SUS)”; | Art. 14-A,III. |  |
| 8 | Comprovante de residência em RO do interessado e demais condutores autorizados; | Art. 14-A,V. |  |
| 9 | Documento que comprove a representação legal [Pai, Mãe, Curador, Tutor]; | Art. 14-A,VI. |  |
| 10 | Declaração prestada no formulário “Identificação do Condutor Autorizado”[,](https://drive.google.com/file/d/15fJC_YGn2_2WCxykvsVrFt_6hah_hxb7/view?usp=sharing) acompanhada das cópias autenticadas das CNH dos condutores autorizados; | Art. 14-A,IV. |  |
| 11 | Para usufruir deste benefício, o veículo automotor deverá ser adquirido e registrado no Departamento de Trânsito do Estado de Rondônia - DETRAN/RO em nome do deficiente, e não poderá ter valor de aquisição superior a R$ 70.000,00 (setenta mil reais), incluído os tributos, de acordo com as informações constantes na nota fiscal, quando se tratar de veículo novo, e com base na tabela utilizada para definição da base de cálculo do imposto do ano da análise do pedido de isenção, conforme previsto no inciso V do artigo 3º, no caso de veículo usado. | Art. 7º, §3º |  |

**NOTIFICAÇÃO**

Fica o interessado identificado neste requerimento NOTIFICADO a apresentar, no prazo de 08 (oito) dias, contado da data do recebimento desta, cópia legível autenticada ou original e cópia legível dos documentos acima assinalados no campo \*N.A. – Não Apresentados. **Atenção:** **1.** o requerimento terá sua análise iniciada após a apresentação de todos os documentos exigidos, que não serão recebidos separadamente. **2.** este formulário deverá ser apresentado no momento da entrega dos documentos objeto desta NOTIFICAÇÃO. **3.** o não atendimento a esta NOTIFICAÇÃO no prazo acima estabelecido implicará o ARQUIVAMENTO DO PROCESSO sem análise do mérito (Anexo XII, Parte 3, Art. 97, RICMS-RO).

|  |  |
| --- | --- |
| CIENTE EM \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_. | Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_. |
| Assinatura do Notificado ou Representante: | Autoridade Fiscal/Cargo/Matrícula: |