

PERÍODO DE JANEIRO A NOVEMBRO

IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO

APOSENTADO/PENSIONISTA MAIOR DE 60 ANOS

APOSENTADO POR INVALIDEZ

PORTADOR DE DOENÇA (FÍSICA, MENTAL, INCURÁVEL)

ADOÇÃO

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA "LOAS"

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME DO REQUERENTE:

CPF:

RG:

TEL:

ESTADO CIVIL:

IDADE:

RUA/AV:

Nº

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

INSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA:

PEDIDO

NESTES TERMOS, SOLICITO A ISENÇÃO DO IPTU DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR Nº 298/2019, CONFORME INFORMAÇÕES ACIMA E DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

- DECLARO AINDA QUE:
- NÃO POSSUO OUTRO IMÓVEL NESSE MUNICÍPIO;
- UTILIZO O IMÓVEL COMO RESIDÊNCIA.
- NÃO POSSUO OUTRA RENDA E NÃO ULTRAPASSA 2 SALÁRIOS MÍNIMOS.

Anexar cópia dos Documentos Obrigatórios – Protocolar apenas com a devida conferência.

SIM () - () NÃO - RG, CPF

SIM () - () NÃO - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

SIM () - () NÃO - COMPROVANTE DE RENDA (INSS)

SIM () - () NÃO - MATRÍCULA E/OU ESCRITURA DO IMÓVEL

SIM () - () NÃO - IPTU OU FICHA CADASTRAL

SIM () - () NÃO - LAUDO MÉDICO (EMITIDO POR ÓRGÃO OFICIAL)

SIM () - () NÃO - LAUDO DA PREVIDÊNCIA DETALHADO (INVALIDEZ)

SIM () - () NÃO - TERMO DE ADOÇÃO DE MENOR COM SENTENÇA DEFINITIVA.

CONFERIDO EM ____/____/____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO (A)

TERMOS EM QUE PEDE DEFERIMENTO

Lorena, ____ de _____ 2025

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/REQUERENTE