



Prefeitura de Três Corações

“Terra do Rei Pelé”

LEI COMPLEMENTAR Nº 504/2018

Concede isenção do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU juntamente com a Taxa de Serviço de Coleta de Lixo referente ao exercício de 2019, ao proprietário pessoa física, titular de domínio útil ou o possuidor de um único imóvel predial e que o mesmo seja utilizado como sua moradia, portador de moléstia grave, e dá outras providências.

O Povo do Município de Três Corações, por seus representantes na Câmara Municipal aprovou, e eu, em seu nome sanciono a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º Fica concedida isenção do Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU juntamente com a Taxa de Serviço de Coleta e Remoção de Lixo referente ao exercício de 2019, ao proprietário pessoa física, titular de domínio útil ou possuidor de um único imóvel predial, desde que o mesmo seja de uso exclusivo para sua moradia e que comprove ser portador de moléstia grave, de acordo com a previsão na legislação vigente do Imposto de Renda do Brasil.

§ 1º Entende-se por proprietário do imóvel, o legítimo proprietário informado na Certidão de Propriedade do Imóvel ou na Escritura Pública de Compra e Venda.

§ 2º Entende-se por titular de domínio útil, a situação jurídica relativa à propriedade, que se gera do desdobramento dos direitos reais sobre a coisa, ficando o foreiro com o domínio útil, pelo que o proprietário conserva o direito de propriedade sobre o bem, mas cabe ao foreiro o direito de uso e gozo pela utilização do mesmo, informado na Certidão de Propriedade do Imóvel ou na Escritura Pública de Compra e Venda.

§ 3º Entende-se por possuidor do imóvel aquele que tem de fato o exercício, pleno ou não, de algum dos poderes inerentes à propriedade, sendo o legítimo adquirente informado no Contrato Particular de Compra e Venda do imóvel.

Art. 2º A isenção de que trata o art. 1º deverá ser requerida em formulário próprio, conforme modelo anexo a esta Lei Complementar, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Laudo Médico atualizado que comprove ser portador da moléstia;
- b) Cópia da Declaração do Imposto de Renda que comprove a isenção junto a Receita Federal do Brasil;
- c) Cópia do documento que comprove a propriedade ou a titularidade do imóvel (Certidão de Propriedade do Imóvel; Escritura Pública de Compra e Venda ou Contrato Particular de Compra e Venda);
- d) Cópia de certidão de óbito - específico para pensionistas;



Prefeitura de Três Corações

“Terra do Rei Pelé”

- e) Cópia do comprovante de residência no imóvel (conta de luz, água ou telefone em nome do requerente);
- f) Cópia de identidade e CPF de todos os moradores;
- g) Certidão de nascimento de filhos menores de 21 anos.

§ 1º Em caso de óbito do legítimo proprietário do imóvel, a pessoa que estiver utilizando o imóvel deverá comprovar o seu vínculo com o proprietário titular do imóvel.

§ 2º A Secretaria Municipal de Saúde realizará a conferência do Laudo Médico.

Art. 3º O requerimento de isenção deverá ser protocolado no Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças, no período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019.

Art. 4º O Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças e demais Secretarias Municipais envolvidas realizarão a análise dos documentos entregues para posterior deferimento ou indeferimento.

§ 1º Em caso de deferimento ou indeferimento do pedido de isenção, o contribuinte receberá a informação através do Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças.

§ 2º Em caso de indeferimento do pedido de isenção, o contribuinte poderá contestar uma vez da decisão, em até 10 (dez) dias úteis a contar do recebimento da informação, junto ao Departamento da Receita, com as devidas alegações e fundamentos.

§ 3º O Departamento da Receita e demais Secretarias Municipais envolvidas julgarão a contestação e será proferida a decisão.

Art. 5º O Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças poderá, a qualquer tempo, cancelar a isenção, quando descaracterizadas as razões que a determinam.

Art. 6º Os casos omissos nesta Lei Complementar serão analisados pelo Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças e demais Secretarias Municipais envolvidas.

Art. 7º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação, nos termos do art. 174, parágrafo único, da Lei Orgânica Municipal.

Prefeitura Municipal de Três Corações, 14 de dezembro de 2018.

CLÁUDIO COSME PEREIRA DE SOUZA
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS CORAÇÕES
"TERRA DO REI PELÉ"
SECRETARIA DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DA RECEITA

LAUDO MÉDICO PERICIAL

Isenção de IPTU PREDIAL – Exercício 2019

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
CPF: _____ Identidade: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DA(S) MOLÉSTIA(S) - Preenchimento Obrigatório

(inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, e no § 2º do art. 30, da Lei nº 9.250/95 - Legislação do Imposto de Renda)

<input type="checkbox"/>	AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida)
<input type="checkbox"/>	Alienação Mental
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía 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"/>	Hepatopatía Grave
<input type="checkbox"/>	Moléstia Profissional
<input type="checkbox"/>	Nefropatia grave
<input type="checkbox"/>	Neoplasia maligna
<input type="checkbox"/>	Paralisia irreversível e incapacitante
<input type="checkbox"/>	Tuberculose Ativa

IDENTIFICAÇÃO DA(S) MOLÉSTIA(S) – Preenchimento Obrigatório

Indique o(s) código(s) CID, da(s) moléstia(s) indicada(s) no quadro acima:

Descreva pormenorizadamente o quadro clínico atual do paciente:

Indique qual o grau de gravidade da(s) doença(s):

A doença da qual o paciente é portador é passível de controle? Em caso afirmativo, determinar o prazo de validade deste laudo. (Obs: Não será aceito prazo indeterminado como resposta.)

SIM - Prazo de Validade: _____ / _____ / _____
 NÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS CORAÇÕES
“TERRA DO REI PELÉ”
SECRETARIA DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DA RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) RESPONSÁVEL

NOME: _____

CRM Nº: _____

ESPECIALIDADE(S): _____

Declaro, sob as penas da Lei, que o presente laudo foi elaborado tendo por base documentos e exames comprobatórios, tendo ciência das sanções legais em caso de inveracidade das informações.

Carimbo do Serviço Médico Oficial e Assinatura:

Três Corações, _____ de _____ de 20____.

Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a)

SECRETARIA DE SAÚDE – PREFEITURA DE TRÊS CORAÇÕES

NOME: _____

MATRÍCULA Nº: _____

DEFERIDO

INDEFERIDO. MOTIVO: _____

DATA: ____/____/20____

SECRETARIA DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS CORAÇÕES
"TERRA DO REI PELÉ"
SECRETARIA DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DA RECEITA

**REQUERIMENTO PARA ISENÇÃO DE IPTU – MOLÉSTIA GRAVE –
EXERCÍCIO 2019**

IDENTIFICAÇÃO

Proprietário: _____

CPF: _____ Identidade: _____

Telefone: _____

Localização do Imóvel:

Rua/Av: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Inscrição Cadastral _____ / _____

DECLARAÇÃO

Eu, _____ declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei, que os documentos entregues são VERDADEIROS e o imóvel objeto do benefício da ISENÇÃO que trata a Lei Complementar nº _____/2018, é utilizado exclusivamente como minha moradia.

Três Corações, _____ de _____ de 20____.

Assinatura

DOCUMENTOS

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Cópia do documento que comprove a titularidade do imóvel. |
| <input type="checkbox"/> | Laudo Médico com CID com data do exercício (original ou autenticado) |
| <input type="checkbox"/> | Cópia do Imposto de Renda que comprove a isenção junto à RFB. |
| <input type="checkbox"/> | Cópia do comprovante de residência no imóvel (conta de luz, água ou telefone) em nome do requerente. |
| <input type="checkbox"/> | Cópia de identidade e CPF. |
| <input type="checkbox"/> | Outros: _____ |

DEPARTAMENTO DA RECEITA

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Contribuinte comprovou requisitos para obtenção da isenção. |
| <input type="checkbox"/> | Contribuinte não comprovou requisitos para obtenção da isenção.
Motivo: _____ |

DATA: ____/____/20____

Diretor(a) do Departamento da Receita