



# Prefeitura de Três Corações

"Terra do Rei Pelé"

## LEI COMPLEMENTAR Nº 459/2016

**Concede isenção do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU, referente ao exercício de 2016, para contribuintes portadores de moléstias graves, 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 sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU, referente ao exercício de 2016, aos proprietários, titulares de domínio útil ou possuidores a qualquer título de imóvel predial, desde que o mesmo seja de uso exclusivo para sua moradia e que comprove ser portador de moléstia grave, de acordo com as previstas no Regulamento do Imposto de Renda.

Art. 2º O pedido de Isenção deverá ser protocolado no Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças em formulário próprio, conforme modelo anexo, juntamente com Laudo Médico atualizado que comprove ser portador da moléstia, comprovante de titularidade do imóvel, cópia do CPF e identidade do titular e comprovante de residência.

Art. 3º O Departamento da Receita da Secretaria Municipal de Finanças poderá, a qualquer tempo, cancelar a isenção, quando descaracterizadas as razões que a determinam.

Art. 4º Revogadas as disposições em contrário, em especial a LC nº. 401/2015, de 19/02/2015, esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação, nos termos do art. 174, em seu parágrafo único da Lei Orgânica Municipal.

Prefeitura Municipal de Três Corações, 11 de março de 2016.

**CLÁUDIO COSME PEREIRA DE SOUZA**  
Prefeito Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS CORAÇÕES  
"Terra do Rei Pelé"  
SECRETARIA DE FINANÇAS

**REQUERIMENTO**

Proprietário :	CPF:
Endereço Imóvel:	
Rua : _____ n° _____	
Bairro:	
Telefone: _____ / Inscrição Cadastral: _____	

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro para os devidos fins e sob as penas da Lei, que o imóvel objeto do benefício da  
REMISSÃO que trata a Lei Complementar n° \_\_\_\_/2016, é utilizado exclusivamente  
como minha moradia.

Três Corações , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016 .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**PORTADOR DE MOLÉSTIAS GRAVES**

	Cópia de documentos que comprovem a titularidade do imóvel
	Laudo Médico com CID com data do exercício (original ou autenticado)
	Cópia comprovante residência (conta luz, água ou telefone)
	Cópia CPF e RG

- Contribuinte comprovou requisitos para obtenção de benefício
- Contribuinte não comprovou requisitos para obtenção do benefício

\_\_\_\_\_  
Diretor do Departamento

# LAUDO MÉDICO PERICIAL

para fins de reconhecimento de isenção de IPTU – LEI /2016

Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_; C.I.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Indique com “X” no quadro abaixo, de qual(is) moléstia(s) o paciente é portador:

- Moléstias profissionais e acidentárias Doença de Parkinson
- Tuberculose ativa Espondiloartrose anquilosante
- Alienação mental Nefropatia grave
- Esclerose múltipla Hepatopatia grave
- Neoplasia maligna
- Cegueira
- Estados avançados da doença de Paget
- (osteíte deformante)
- Hanseníase Contaminação por radiação
- Paralisia irreversível e incapacitante Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Cardiopatia grave Fibrose cística (mucoviscidose)

Indique o(s) código(s) CID, da(s) moléstia(s) indicadas no quadro acima.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descreva pormenorizadamente o quadro clínico atual do paciente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A moléstia da qual o paciente é portador é passível de controle? Em caso positivo, indicar prazo de validade deste laudo. (OBS: Não será aceito prazo indeterminado como resposta.)

SIM Prazo de Validade: \_\_\_\_\_

NÃO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Local Data Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Identificação do médico responsável:

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Especialidade(s): \_\_\_\_\_

Carimbo do Serviço Médico Oficial:

\_\_\_\_\_