

### ANEXO III



Prefeitura Municipal de  
**VENDA NOVA DO IMIGRANTE**  
Estado do Espírito Santo

**Secretaria Municipal  
de Finanças**

|   |   |  |                    |
|---|---|--|--------------------|
| <b>REQUERIMENTO</b>   |   | Formulário para requerimento de concessão de benefícios fiscais em virtude de imunidades e isenções previstas na Constituição Federal e na Lei Municipal nº. 1.398/2020 – Código Tributário Municipal. |                    |
| <b>Isenção de Taxa</b>  |   |  |                    |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>  |   |  |                    |
| Nome/Razão Social   |   | CPF/CNPJ   |                    |
| Logradouro  |   |  | Nº                 |
| Complemento   |   | Bairro   |                    |
| CEP   | Telefone  | E-mail   |                    |
| Município   |   |  |                    |
| <b>OBJETIVO DO REQUERIMENTO</b>   |   |  |                    |
| Tipo de Requerimento<br><input type="checkbox"/> Pedido Inicial <input type="checkbox"/> Para Atualização <input type="checkbox"/> Para Retificar <input type="checkbox"/> Para Renovação |   |  |                    |
| Sendo Requerimento de Atualização, Retificação ou de Renovação, informar ao lado o número do processo administrativo do primeiro Requerimento (inicial).                                  |   |  | Processo Nº        |
| Benefício Fiscal Requerido<br><input type="checkbox"/> Isenção <input type="checkbox"/> Imunidade <input type="checkbox"/> Não Incidência   |   |  | Exercício/Período: |
| <b>HIPÓTESE DE ISENÇÃO/IMUNIDADE TRIBUTÁRIA</b>   |   |  |                    |
| <input type="checkbox"/> APAE   | <input type="checkbox"/> Partido Político         | <input type="checkbox"/> Entidade Sindical   |                    |
| <input type="checkbox"/> Instituição de Ensino  | <input type="checkbox"/> Instituição Assistencial | <input type="checkbox"/> Templo de Qualquer Culto  |                    |
| <input type="checkbox"/> Associação   | <input type="checkbox"/> Clube                    | <input type="checkbox"/> Cooperativa   |                    |
| <input type="checkbox"/> Fundação   | <input type="checkbox"/> Hospital Padre Máximo    |  |                    |
| Outra Hipótese (descrever): _____   |   |  |                    |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO</b>   |   |  |                    |
| CNPJ  | Endereço: Logradouro/ Nº / bairro                 |  |                    |
| Data do Requerimento<br>____/____/____  | Assinatura do Requerente<br>_____                 |  |                    |