

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

|  |
| --- |
| **Identificação do Contribuinte** |
| Nome completo | CPF |
| Endereço (Logradouro, Quadra, Lote, Bairro, Município, Estado, CEP) |
| E-mail (do contribuinte ou Representante legal) | Telefone para contato( ) |

Por meio deste Termo, o Contribuinte acima identificado reconhece como verdadeiras as informações encaminhadas à Secretaria da Fazenda do Estado do Tocantins por meio da conta de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pertencente a ele ou ao seu representante (procurador), e assume inteira responsabilidade por essas informações, ciente de que elas deverão ser usadas com o mesmo valor jurídico e de prova que as informações reproduzidas em papel ou outro meio físico legalmente reconhecido, para todos os fins de direito.

 A assinatura deste Termo compromete ainda o seu assinante, na condição de usuário dos serviços prestados pela Secretaria da Fazenda do Estado do Tocantins, a assumir a responsabilidade pelo sigilo e utilização adequada das informações recebidas em decorrência dos serviços que lhes forem prestados por esse órgão, e autoriza o envio à conta de e-mail acima identificada dos documentos relativos ao serviço demandado junto à Secretaria da Fazenda do Estado do Tocantins no âmbito do processamento do Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos (ITCMD), os quais serão considerados pela administração tributária estadual como recebidos no dia imediatamente posterior ao seu envio, para todos os efeitos legais.

O presente Termo torna-se válido a partir da data de sua assinatura e possui prazo indeterminado de validade.

.............................................., ......... de........................................de 20.......

 (local) (dia) (mês) (ano)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome completo do assinante

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

Assinatura (de acordo com o documento de identidade apresentado)

**Orientações de preenchimento:**

* O campo ***Nome do contribuinte*** deve ser preenchido com o nome do contribuinte solicitante e não com o nome do seu procurador;
* A assinatura constante no Termo da Responsabilidade deve conferir com a assinatura constante do documento de identificação de quem o assinou, isto é, do contribuinte ou do seu procurador.
* Se o Termo de Responsabilidade for assinado por Procurador do contribuinte, devem ser anexados ao Termo, antes de digitalizar, a procuração e o documento de identificação do procurador.
* O e-mail informado no texto do Termo de Responsabilidade deve ser o mesmo e-mail utilizado para enviar a Declaração de ITCD ou Requerimento.​