



FATO GERADOR				
<input type="checkbox"/> TRANSMISSÃO CAUSA MORTIS		<input type="checkbox"/> TRANSMISSÃO POR DOAÇÃO		
FINALIDADE GIA-ITCMD:				
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS PARA AVALIAÇÃO E APURAÇÃO DO ITCMD.				
<input type="checkbox"/> REQUERIMENTO DE NÃO INCIDÊNCIA, NOS TERMOS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL/88, Art. 150, VI, §1º a §7º; CÓDIGO TRIBUTÁRIO NACIONAL, Arts. 9 a 14 e LEGISLAÇÃO ESTADUAL À ÉPOCA DO FATO GERADOR.				
<input type="checkbox"/> REQUERIMENTO DE ISENÇÃO, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO VIGENTE AO TEMPO DO ÓBITO.				
DADOS DO DECLARANTE				
NOME DO DECLARANTE:		CPF/CNPJ:	TELEFONE:	
ENDEREÇO:				
CIDADE:	UF:	CEP:	EMAIL.:	
QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE	<input type="checkbox"/> INVENTARIANTE	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/> LEGATÁRIO	<input type="checkbox"/> DOADOR
	<input type="checkbox"/> CESSIONÁRIO	<input type="checkbox"/> MEEIRO	<input type="checkbox"/> DONATÁRIO	<input type="checkbox"/> HERDEIRO
	<input type="checkbox"/> FIDUCIÁRIO	<input type="checkbox"/> REP. LEGAL	<input type="checkbox"/> FIDEICOMISSÁRIO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> PROCURADOR / O.A.B. N.º _____	<input type="checkbox"/> DEFENSOR/MATRICULA N.º _____		
PARA PREENCHIMENTO NA TRANSMISSÃO CAUSA MORTIS				
NOME DO DE CUJUS:		CPF:	DATA DO ÓBITO:	
N.º CERT. ÓBITO:	COMARCA:	CARTÓRIO:		
DADOS DO INVENTARIANTE				
NOME DO INVENTARIANTE:		CPF:	TELEFONE:	
ENDEREÇO:				
CIDADE:	UF:	CEP:	EMAIL.:	
DADOS DO PROCESSO QUANDO VIA ADMINISTRATIVA (INVENTARIO EXTRAJUDICIAL)				
TABELIONATO DE NOTAS:	DATA:	MUNICÍPIO:	UF:	
DADOS DO PROCESSO QUANDO VIA JUDICIAL				
N.º PROCESSO:		CHAVE DO PROCESSO:		
VARA DE FAMÍLIA:	COMARCA:	UF:	DATA:	
INFORMAÇÕES SOBRE MEAÇÃO				
EXISTE MEAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	REGIME DE BENS:	VALOR MEAÇÃO R\$:		
NOME DO(A) MEEIRO(A):			CPF:	
PARA PREENCHIMENTO NA TRANSMISSÃO POR DOAÇÃO				
NOME DO DOADOR:		CNPJ/CPF:	TELEFONE:	
ENDEREÇO:				
CIDADE:	UF:	CEP:	EMAIL.:	
DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE SANÇÕES LEGAIS.				
ASSINATURA DO DECLARANTE:			DATA:	

