

ANEXO V

AUTORIZAÇÃO PARA DECLARAR O ITCMD (quando um dos sujeitos abaixo NÃO for o Declarante)

IDENTIFICAÇÃO DO INVENTARIANTE¹

NOME						
DOCUMENTO DE IDENTIDADE			CPF		E-MAIL	
LOGRADOURO						
NÚMERO		COMPLEMENTO			DDD	TELEFONE
BAIRRO			CEP	MUNICÍPIO:		UF

IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR² (se for o caso)

NOME						
DOCUMENTO DE IDENTIDADE			CPF		E-MAIL	
LOGRADOURO						
NÚMERO		COMPLEMENTO			DDD	TELEFONE
BAIRRO		CEP	MUNICÍPIO:		UF	

HERDEIRO ADJUDICANTE³ (se for o caso)

NOME						
DOCUMENTO DE IDENTIDADE			CPF		E-MAIL	
LOGRADOURO						
NÚMERO		COMPLEMENTO			DDD	TELEFONE
BAIRRO		CEP	MUNICÍPIO:		UF	

CESSIONÁRIO (se for o caso)

NOME						
DOCUMENTO DE IDENTIDADE			CPF		E-MAIL	
LOGRADOURO						
NÚMERO		COMPLEMENTO			DDD	TELEFONE
BAIRRO		CEP	MUNICÍPIO:		UF	

IDENTIFICAÇÃO DO INVENTARIADO

NOME		
CPF	RG	DATA DO ÓBITO

¹Exigível Escritura Pública de Inventariante para haver declaração do ITCMD (extrajudicial);
²Exigível quando a declaração do ITCMD ocorrer o trânsito em julgado da sentença de homologação da partilha (se bens e direitos ficarem em condomínio);
³Quando houver apenas um herdeiro ou quando os bens ficarem individualizados (cada herdeiro ficar com um bem específico).

TERMO DE AUTORIZAÇÃO/OUTORGAÇÃO	
AUTORIZO/OUTORGO, a pessoa abaixo identificada, a ATUAR e REPRESENTAR-ME no processo administrativo tributário de DECLARAÇÃO do ITCMD junto à SEFAZ-AC. Concorda que a comunicação dos atos pelo endereço eletrônico cadastrado do declarante/outorgado é instrumento hábil e suficiente para acompanhar o andamento de todo o trâmite processual da declaração e, ainda:	
Declaro que:	
1. Estou ciente de que a falta de pagamento do imposto autoriza a inscrição do devedor nos serviços de proteção ao crédito, nos cadastros de protesto ou inscrição em Dívida Ativa do Estado e ainda;	
2. Autorizo o envio de informações e documentos relativos ao serviço solicitado a conta de e-mail fornecida no cadastro da plataforma do ITCMD on-line da Secretaria de Estado da Fazenda do Estado do Acre;	
3. Estou ciente de que os e-mails a mim enviados pela SEFAZ-AC em decorrência do cadastramento desta Declaração do ITCMD serão considerados como recebidos na data do seu envio, para todos os efeitos legais;	
4. Assumo a responsabilidade pelo sigilo e utilização adequada das informações recebidas da SEFAZ-AC, como resultado dos serviços solicitados.	

DADOS DA PESSOA AUTORIZADA/OUTORGADA A DECLARAR
(natural ou jurídica)

NOME DA PESSOA AUTORIZADA/OUTORGADA						
RG		CPF/CNPJ			E-MAIL	
REPRESENTANTE LEGAL (se pessoa jurídica)						
LOGRADOURO						
NÚMERO		COMPLEMENTO			DDD	TELEFONE
BAIRRO		CEP	MUNICÍPIO:		UF	

Local e data:
Inventariante/Procurador/Adjudicante/Cessionário
OBS: assinatura digital ou firma reconhecida.

Estado do Acre DIVISÃO DO ITCMD/IPVA E TAXAS			DECLARAÇÃO MANUAL DE BENS/DIREITOS/OBRIGAÇÕES IMPOSTO SOBRE TRANSMISSÃO “CAUSA MORTIS” E DOAÇÃO - ITCMD		
HERANÇA/SOBREPARTILHA					
UTILIZÁVEL SOMENTE NAS HIPÓTESES EM QUE NÃO SEJA POSSÍVEL USAR DECLARAR NA PLATAFORMA ON-LINE					
DECLARAÇÃO RTIFICADORA:		() NÃO () SIM			
SOBREPARTILHA:		() NÃO () SIM		Protocolo anterior	
01 DADOS DO PROCESSO					
() Via Administrativa		Tabelionato de notas:			
() Via Judiciário		Nº do Processo:			
02 DADOS DO DE CUJUS					
Nome:					
CPF:		RG:		Data do óbito / /	
03 EXISTE MEEIRO		() Sim		() Não	
Regime de casamento		() Comunhão Universal () Separação total () Comunhão Parcial () União estável () Participação final nos aquestos			
Nome do meeiro (a):					
CPF:		RG:			
04 DADOS DO INVENTARIANTE					
Nome:					
CPF:		RG:			
End.:				nº Compl.	

[illegible]