

Requerimento para Reconhecimento de Benefício Fiscal – IPVA

Imunidade · Não Incidência · Isenção · Redução de Alíquota
Lei Estadual nº 059/93 – Código Tributário Estadual de Roraima

1. NATUREZA DO REQUERIMENTO

* campos obrigatórios

- ☐ RECONHECIMENTO DE BENEFÍCIO FISCAL (primeira solicitação)
- ☐ RENOVAÇÃO DE BENEFÍCIO FISCAL (exercícios subsequentes)

Ano do benefício / exercício:*

2. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

* campos obrigatórios

Nome / Razão Social:*

CPF / CNPJ:*

Identidade:*

Órgão/UF:*

Logradouro:*

Nº:*

Bairro:*

Município:*

UF:*

CEP:*

Telefone:*

E-mail:*

3. TIPO DE BENEFÍCIO PLEITEADO

* campos obrigatórios

IMUNIDADE / NÃO INCIDÊNCIA (art. 97, Lei 059/93):

- | | |
|--|--|
| ☐ Instituições Religiosas (templo de qualquer culto) | ☐ Partido Político e suas Fundações |
| ☐ Entidades Sindicais de Trabalhadores | ☐ Instituição de Educação sem fins lucrativos |
| ☐ Instituição de Assistência Social sem fins lucrativos | ☐ Veículo apreendido em leilão público |
| ☐ Veículo roubado ou furtado | ☐ Veículo com perda total |
| ☐ Comunicação de venda – migração de sujeito passivo | |

ISENÇÃO (art. 98, Lei 059/93):

- | | |
|--|-------------------------------|
| ☐ PcD / Autista / Representante Legal | ☐ Táxi |
| ☐ Lei nº 215/1998 – Produtor Rural / máquinas e veículos de uso interno | |

REDUÇÃO DE ALÍQUOTA (art. 100, Lei 059/93):

- ☐ Locadora de veículos (1%)

OUTROS:

- | | |
|---|---|
| ☐ Revisão de base de cálculo | ☐ 2ª via do Ato Declaratório |
| ☐ Exclusão de benefício tributário do IPVA | ☐ IPVA Proporcional |

Outro motivo:

4. DESCRIÇÃO DO VEÍCULO

* campos obrigatórios

Placa:*

Renavam:*

Chassi:*

Marca/Modelo:*

Ano/Modelo:*

ATENÇÃO – PREENCHIMENTO ÚNICO

Após salvar este documento, os campos serão automaticamente bloqueados. Em caso de erro, será necessário baixar nova via no sítio da SEFAZ-RR e iniciar novo preenchimento. A assinatura digital GOV.BR/ICP-Brasil torna o documento imutável.

Requerimento para Reconhecimento de Benefício Fiscal – IPVA

Continuação

Lei Estadual nº 059/93 – Código Tributário Estadual de Roraima

5. COMUNICAÇÃO DE VENDA – Somente Migração de Sujeito Passivo de IPVA

*** obrigatório se aplicável**

Data da venda do veículo registrada em cartório:*

Dados do adquirente:

Nome:*

CPF:*

6. DECLARAÇÃO DE VERACIDADE – Somente Redução de Alíquota (Locadora)

*** obrigatório se aplicável**

☐ Ao assinalar, o subscritor declara concordar integralmente com os termos abaixo:

Declaro, a quem possa interessar, que o(s) veículo(s) especificado(s) neste requerimento é/são integralmente de minha propriedade e posse, de meu usufruto e exploração comercial, tão somente para fins de locação, sendo verídicas e incontestes as informações prestadas, estando ciente das penalidades previstas no Código Penal Brasileiro.

7. REPRESENTANTE LEGAL / PROCURADOR (se aplicável)

*** obrigatório se aplicável**

☐ Representante legal

☐ Procurador

☐ Pai / Mãe

☐ Tutor / Curador

Nome:*

CPF:*

Identidade:*

Órgão/UF:*

8. CONDUTORES AUTORIZADOS – Somente Isenção PcD / Autista (até 3)

*** obrigatório se aplicável**

Quando o beneficiário não for o condutor do veículo, este deverá ser dirigido por condutor autorizado, limitado a 3 (três). A substituição é permitida, desde que comunicada formalmente à SEFAZ/RR.

Condutor 1:*

CPF:*

Condutor 2:

CPF:

Condutor 3:

CPF:

9. CONSIDERAÇÕES GERAIS E DECLARAÇÃO

*** campos obrigatórios**

O descumprimento das exigências normativas ou a apresentação deficitária da documentação importará no INDEFERIMENTO automático da solicitação.

Caso deferido o pedido, caberá ao beneficiário, ou seu representante legal, comunicar imediata e formalmente à SEFAZ/RR qualquer alteração nas condições fáticas ou jurídicas que fundamentaram a concessão, sob pena de lançamento de ofício do tributo, acrescido de atualização monetária, juros e demais sanções legais.

Os requerimentos devem ser protocolados antes do vencimento do imposto (última parcela, conforme calendário anual SEFAZ/RR). A relação de documentos por tipo de benefício está disponível no sítio eletrônico da SEFAZ.

Declaro, sob as penas da lei, a veracidade e a exatidão das informações prestadas neste requerimento, estando ciente das sanções previstas na Lei nº 8.137/1990.

Boa Vista/RR, *

(data de preenchimento)

Assinatura do Requerente / Representante Legal ou Procurador

Este documento pode ser assinado digitalmente com certificado ICP-Brasil ou assinatura eletrônica GOV.BR

Relação de Documentos por Tipo de Benefício Fiscal – IPVA

Documentos necessários à análise do benefício fiscal
Lei Estadual nº 059/93 – Código Tributário Estadual de Roraima

A. ISENÇÃO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) / AUTISTA

1. Carteira de Identidade e CPF do interessado;
2. CNH do beneficiário (quando for o condutor) e dos condutores autorizados, se houver;
3. Identificação do condutor autorizado, se for o caso;
4. Decisão judicial ou termo de curatela, nos casos de representação legal por incapacidade do requerente, se for o caso;
5. Procuração, acompanhada do documento de identidade e CPF do procurador, se for o caso;
6. Comprovante de residência atualizado;
7. Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV);
8. Espelho do Veículo emitido pelo DETRAN, para veículos novos;
9. Nota Fiscal de compra, para veículos novos;
10. Laudo de perícia médica, conforme modelo disponibilizado no sítio eletrônico da SEFAZ, expedido pelo DETRAN, por clínica credenciada pelo DETRAN, ou por Unidade de Saúde cadastrada no SUS. **Atenção:** laudo de clínica privada não credenciada pelo DETRAN não será aceito;
11. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente;
12. Certidão Negativa de Débitos Estaduais ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa.

B. ISENÇÃO PARA TÁXI

1. Carteira Nacional de Habilitação (CNH), com observação EAR;
2. Certidão comprobatória do Município de que o requerente exerce atividade de taxista;
3. Alvará de licença do veículo expedido pela Prefeitura;
4. Comprovante de residência atualizado;
5. Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV);
6. Espelho do Veículo emitido pelo DETRAN, para veículos novos;
7. Nota Fiscal de compra, para veículos novos;
8. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

C. BENEFÍCIO LEI ESTADUAL Nº 215/1998 – Produtor Rural / Máquinas e Veículos de Uso Interno

1. Documento oficial de identificação com foto e CPF/CNPJ do requerente;
2. Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando aplicável;
3. Procuração, acompanhada da identidade e CPF do procurador, se for o caso;
4. Comprovante de residência atualizado do beneficiário;
5. Ato Declaratório ou Decreto que concede o benefício fiscal da Lei nº 215/1998;
6. Projeto Técnico Econômico (PTE) devidamente atualizado, contendo a especificação do veículo, máquina agrícola ou equipamento objeto da isenção, com indicação da destinação ao uso interno na propriedade rural, quando for o caso;
7. Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV), quando aplicável;
8. Espelho do Veículo emitido pelo DETRAN, para veículos novos;
9. Nota Fiscal de compra, para veículos novos ou máquinas/equipamentos.

Obs.: Não é cobrada Taxa de Expediente para este benefício.

D. REDUÇÃO DE ALÍQUOTA – LOCADORA DE VEÍCULOS

1. Carteira de Identidade e CPF do responsável;
2. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), se for o caso;
3. Estatuto social ou contrato social, se for o caso;
4. Comprovante de residência do responsável, se for o caso;
5. Contratos de locação que vinculem os veículos à contratante, referentes aos últimos 12 meses anteriores ao exercício da concessão;
6. Declaração de veracidade do contratante (pessoa jurídica), nos termos do requerimento;
7. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

E. IMUNIDADE / NÃO INCIDÊNCIA – Instituições Religiosas, Partidos, Fundações e Entidades Sindicais

1. Estatuto social da entidade;
2. Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
3. CRLV ou Nota Fiscal quando se tratar de veículo novo;
4. Carteira de Identidade e CPF do responsável pela instituição;
5. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

Relação de Documentos por Tipo de Benefício Fiscal – IPVA

Documentos necessários à análise do benefício fiscal
Lei Estadual nº 059/93 – Código Tributário Estadual de Roraima

F. NÃO INCIDÊNCIA – VEÍCULO ROUBADO OU FURTADO

1. Carteira de Identidade e CPF do interessado;
2. Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV);
3. Boletim de Ocorrência, expedido pela Secretaria de Segurança Pública, à época do fato;
4. Comunicado ao DETRAN ou espelho do cadastro do RENAVAL atualizado;
5. Comprovante de residência atualizado;
6. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

G. NÃO INCIDÊNCIA – VEÍCULO APREENDIDO

1. Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV);
2. Carteira de Identidade e CPF do interessado;
3. Termo de Apreensão lavrado pelo órgão competente;
4. Comprovante da arrematação do veículo em leilão;
5. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

H. NÃO INCIDÊNCIA – VEÍCULO COM PERDA TOTAL

1. Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo (CRLV);
2. Carteira de Identidade e CPF do interessado;
3. Laudo da perícia técnica ou da seguradora informando a destruição ou perda total do veículo;
4. Boletim de Ocorrência, expedido pela Polícia Militar, PRF ou SSP à época do fato;
5. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

I. COMUNICAÇÃO DE VENDA DE VEÍCULO – Migração de Sujeito Passivo de IPVA

1. Carteira de Identidade e CPF do responsável;
2. CNPJ (se pessoa jurídica);
3. Estatuto social (se pessoa jurídica);
4. Espelho do Comunicado de Venda emitido pelo DETRAN;
5. Comprovante de residência (se for o caso);
6. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

J. SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO ATO DECLARATÓRIO

1. Requerimento preenchido;
2. DARE e comprovante de recolhimento da Taxa de Expediente.

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Os requerimentos deverão ser assinados pelo interessado ou por procurador legalmente habilitado e protocolados antes da data prevista para o vencimento do imposto.
- Considera-se data de vencimento do imposto aquela fixada para recolhimento da última parcela, conforme calendário anual expedido pela SEFAZ/RR.
- A SEFAZ/RR poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos complementares necessários à análise do benefício fiscal.
- Para emissão do DARE avulso: www.sefaz.rr.gov.br → DARE avulso → Código da receita: 8010 → Código do tributo: 114-7.

Observação específica: Para o benefício da Lei Estadual nº 215/1998 (Produtores Rurais), não é cobrada Taxa de Expediente.

Laudo de Avaliação – Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Lei Estadual nº 1.186/2017 – Política de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

* campos obrigatórios

Serviço Médico / Unidade de Saúde:*

CNPJ:*

Data de emissão:*

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

* campos obrigatórios

Nome:*

Data de Nascimento:*

 / /

Sexo:*

☐ Masculino

☐ Feminino

Identidade nº:*

Órgão Emissor:*

UF:*

Mãe:

Pai:

CPF:*

DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

* campos obrigatórios

Atesto que o requerente identificado acima possui o transtorno abaixo assinalado:

☐ Transtorno Autista – CID F.84.0*

☐ Autismo Atípico – CID F.84.1*

☐ Outro TEA (especificar CID):*

Código(s) CID-10 / CID-11:*

Caráter:*

☐ Permanente

☐ Provisória – Prazo:

DESCRIÇÃO DETALHADA DO TRANSTORNO (campo opcional)

Laudo de Avaliação – Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Continuação

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

CAPACIDADE DE CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR

* campos obrigatórios

- ☐ O requerente TEM capacidade de dirigir veículo automotor (com ou sem adaptação)
- ☐ O requerente NÃO tem capacidade de dirigir veículo automotor, no momento
- ☐ Somente veículo ADAPTADO – especificar adaptações no campo abaixo:
- ☐ O requerente é menor de 18 anos

ASSINATURAS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

* campos obrigatórios

Declaro, para os fins da Lei nº 8.137/1990 e do art. 299 do Código Penal, que as informações constantes deste laudo de avaliação são a expressão da verdade.

Nome do Médico:*		CRM:*		CPF:*	
Especialidade:*					
2º Médico da Junta:*		CRM:*		CPF:*	
Especialidade:*					
Psicólogo da Junta:*		CRP:*		CPF:*	
Especialidade:*					

Assinatura e carimbo do 1º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 2º Médico (CRM) *

Assinatura do Psicólogo (CRP) *

Unidade Emissora:*		CNPJ:*	
Responsável:*		CPF:*	

Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo

ADVERTÊNCIA LEGAL – USO FISCAL

As informações constantes neste laudo destinam-se à instrução de processo administrativo de isenção do IPVA, nos termos do art. 98, III, da Lei Estadual nº 059/93 (CTE-RR) e da Lei Estadual nº 1.186/2017. A inserção de declaração inexata, a alteração das condições atestadas ou a omissão de fato relevante sujeitam o emitente e o beneficiário às penas do Decreto-Lei nº 2.848/1940 e do art. 1º da Lei nº 8.137/1990. A SEFAZ/RR poderá, a qualquer tempo, exigir documentação complementar ou determinar perícia para comprovação das condições atestadas.

ATENÇÃO – PREENCHIMENTO ÚNICO

Após salvar este documento, os campos serão automaticamente bloqueados. Em caso de erro, será necessário baixar nova via no sítio da SEFAZ-RR e iniciar novo preenchimento. A assinatura digital GOV.BR/ICP-Brasil torna o documento imutável.

* Campos assinalados são de preenchimento obrigatório, nos termos do art. 4º-A da IN SEFAZ/RR nº 001/2018, da Lei Estadual nº 1.186/2017 e da Lei Estadual nº 2.335/2026. A ausência ou incorreção desses dados poderá ensejar o indeferimento do pedido.

Laudo de Avaliação – Deficiência Física e/ou Visual

Lei Estadual nº 2.335/2026 – Estatuto da Pessoa com Deficiência de Roraima

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

* campos obrigatórios

Serviço Médico / Unidade de Saúde:*

CNPJ:*

Data de emissão:*

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

* campos obrigatórios

Nome:*

Data de Nascimento:*

 / /

Sexo:*

☐ Masculino

☐ Feminino

Identidade nº:*

Órgão Emissor:*

UF:*

Mãe:

Pai:

CPF:*

TIPO DE DEFICIÊNCIA

* campos obrigatórios

Atesto que o requerente identificado acima possui a deficiência abaixo assinalada:

☐ Deficiência FÍSICA*

☐ Deficiência VISUAL*

Código(s) CID-10 / CID-11:*

DEFICIÊNCIA FÍSICA – Detalhamento (se assinalada)

* campos obrigatórios

Segmento(s) do corpo comprometido(s):

☐ Cabeça

☐ Pescoço

☐ Tronco

☐ Membros Inferiores

☐ Membros Superiores

Forma de apresentação (assinalar ao menos uma):

☐ Paraplegia

☐ Paraparesia

☐ Monoplegia

☐ Monoparesia

☐ Tetraplegia

☐ Tetraparesia

☐ Triplegia

☐ Tri paresia

☐ Hemiplegia

☐ Hemiparesia

☐ Ostomia

☐ Amputação / Ausência de membro

☐ Paralisia Cerebral

☐ Nanismo

☐ Deformidade congênita / adquirida

☐ Outros (especificar):

Permanência:*

☐ Permanente

☐ Temporária – Prazo:

Grau de limitação:*

☐ Leve

(parcial em poucas atividades)

☐ Moderada

(significativa em várias atividades)

☐ Grave / Severa

(total em atividades essenciais)

Atividades comprometidas pela deficiência:*

☐ Locomoção

☐ Manuseio / preensão (MMSS)

☐ Equilíbrio postural

☐ Coordenação motora

☐ AVD

☐ Transferência

☐ Outras (especificar):

Laudo de Avaliação – Deficiência Física e/ou Visual

Continuação – Detalhamento Visual, Capacidade Funcional e Assinaturas

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

DEFICIÊNCIA VISUAL – Detalhamento (se assinalada)

* campos obrigatórios

- ☐ Visão monocular
- ☐ Cegueira – acuidade visual $\leq 0,05$ no melhor olho, com a melhor correção óptica
- ☐ Baixa visão – acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica
- ☐ Campo visual – somatória da medida em ambos os olhos $\leq 60^\circ$
- ☐ Ocorrência simultânea de duas ou mais condições acima
- ☐ Outros (especificar):

CAPACIDADE DE CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR

* campos obrigatórios

- ☐ O requerente TEM capacidade de dirigir veículo automotor (com ou sem adaptação)
- ☐ O requerente NÃO tem capacidade de dirigir veículo automotor
- ☐ Somente veículo ADAPTADO – especificar adaptações no campo abaixo:

ASSINATURAS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

* campos obrigatórios

Declaro, para os fins da Lei nº 8.137/1990 e do art. 299 do Código Penal, que as informações constantes deste laudo de avaliação são a expressão da verdade.

Nome do Médico:* CRM:* CPF:*

Especialidade:*

2º Médico da Junta:* CRM:* CPF:*

Especialidade:*

3º Médico da Junta:* CRM:* CPF:*

Especialidade:*

Assinatura e carimbo do 1º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 2º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 3º Médico (CRM) *

Unidade Emissora:* CNPJ:*

Responsável:* CPF:*

Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo

ADVERTÊNCIA LEGAL – USO FISCAL

As informações constantes neste laudo destinam-se à instrução de processo administrativo de isenção do IPVA, nos termos do art. 98, III, da Lei Estadual nº 059/93 (CTE-RR). A inserção de declaração inexata, a alteração das condições atestadas ou a omissão de fato relevante sujeitam o emitente e o beneficiário às penas do Decreto-Lei nº 2.848/1940 e do art. 1º da Lei nº 8.137/1990. A SEFAZ/RR poderá, a qualquer tempo, exigir documentação complementar ou determinar perícia para comprovação das condições atestadas.

ATENÇÃO – PREENCHIMENTO ÚNICO

Após salvar este documento, os campos serão automaticamente bloqueados. Em caso de erro, será necessário baixar nova via no sítio da SEFAZ-RR e iniciar novo preenchimento. A assinatura digital GOV.BR/ICP-Brasil torna o documento imutável.

Laudo de Avaliação – Deficiência Mental Severa ou Profunda

Lei Estadual nº 2.335/2026 – Estatuto da Pessoa com Deficiência de Roraima

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

UNIDADE EMISSORA DO LAUDO

* campos obrigatórios

Serviço Médico / Unidade de Saúde:*

CNPJ:*

Data de emissão:*

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

* campos obrigatórios

Nome:*

Data de Nascimento:*

/

/

Sexo:*

☐ Masculino

☐ Feminino

Identidade nº:*

Órgão Emissor:*

UF:*

Mãe:

Pai:

CPF:*

TIPO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

* campos obrigatórios

Atesto que o requerente identificado acima possui a deficiência mental abaixo assinalada:

☐

Deficiência Mental SEVERA / GRAVE – CID F.72*

☐

Deficiência Mental PROFUNDA – CID F.73*

☐

Outros (especificar):*

Código(s) CID-10 / CID-11:*

Caráter:*

☐

Permanente

☐

Provisória – Prazo:

DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA (campo opcional)

Laudo de Avaliação – Deficiência Mental Severa ou Profunda

Continuação

Para fins de isenção de IPVA – art. 98, III, Lei nº 059/93 (CTE-RR)

LIMITAÇÕES EM ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS

* campos obrigatórios

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos.

Limitações associadas a 2 ou mais áreas (assinalar):

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Comunicação | ☐ Cuidado pessoal | ☐ Habilidades sociais |
| ☐ Utiliz. recursos da comunidade | ☐ Saúde e segurança | ☐ Habilidades acadêmicas |
| ☐ Lazer | ☐ Trabalho | |
| ☐ Outros (especificar): | | |

CAPACIDADE DE CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR

* campos obrigatórios

- ☐ O requerente TEM capacidade de dirigir veículo automotor (com ou sem adaptação)
- ☐ O requerente NÃO tem capacidade de dirigir veículo automotor
- ☐ Somente veículo ADAPTADO – especificar adaptações no campo abaixo:

ASSINATURAS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

* campos obrigatórios

Declaro, para os fins da Lei nº 8.137/1990 e do art. 299 do Código Penal, que as informações constantes deste laudo de avaliação são a expressão da verdade.

Nome do Médico:*		CRM:*		CPF:*	
Especialidade:*					
2º Médico da Junta:*		CRM:*		CPF:*	
Especialidade:*					
Psicólogo da Junta:*		CRP:*		CPF:*	
Especialidade:*					

Assinatura e carimbo do 1º Médico (CRM) *

Assinatura e carimbo do 2º Médico (CRM) *

Assinatura do Psicólogo (CRP) *

Unidade Emissora:*		CNPJ:*	
Responsável:*		CPF:*	

Assinatura do Responsável pela Unidade Emissora do Laudo

ADVERTÊNCIA LEGAL – USO FISCAL

As informações constantes neste laudo destinam-se à instrução de processo administrativo de isenção do IPVA, nos termos do art. 98, III, da Lei Estadual nº 059/93 (CTE-RR). A inserção de declaração inexata, a alteração das condições atestadas ou a omissão de fato relevante sujeitam o emitente e o beneficiário às penas do Decreto-Lei nº 2.848/1940 e do art. 1º da Lei nº 8.137/1990. A SEFAZ/RR poderá, a qualquer tempo, exigir documentação complementar ou determinar perícia para comprovação das condições atestadas.

ATENÇÃO – PREENCHIMENTO ÚNICO

Após salvar este documento, os campos serão automaticamente bloqueados. Em caso de erro, será necessário baixar nova via no sítio da SEFAZ-RR e iniciar novo preenchimento. A assinatura digital GOV.BR/ICP-Brasil torna o documento imutável.

* Campos assinalados são de preenchimento obrigatório, nos termos do art. 4º-A da IN SEFAZ/RR nº 001/2018 e da Lei Estadual nº 2.335/2026. A ausência ou incorreção desses dados poderá ensejar o indeferimento do pedido.