



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE ALAGOAS  
Imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos (ITCD)

**ANEXO I**  
(a que se refere o art. 2º, § 1º)

PEDIDO DE RECONHECIMENTO DE NÃO INCIDÊNCIA					
ITCD					
<b>Existe declaração de não incidência anterior?</b>					
( <input type="checkbox"/> ) Sim. Data da Validade _____					
( <input type="checkbox"/> ) Não.					
IDENTIFICAÇÃO					
Entidade / Instituição				CNPJ	
Endereço (rua, avenida, praça, etc.)			Número	Complemento (andar, sala, etc.)	
Bairro ou Distrito	Município	UF	CEP	DDD	Telefone
Representante da entidade / instituição			RG	CPF	
E-Mail:					



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DE ALAGOAS**  
**Imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos (ITCD)**

Observações			
<p>A interessada acima identificada vem à presença de V. Sa. requerer o reconhecimento de não incidência relativa às entidades/instituições indicadas no art. 3º do RITCD.</p> <p>Declara, sob as penas da lei, que: 1) os bens recebidos estarão vinculados somente às finalidades essenciais da entidade/instituição e não terão utilização como fonte de renda ou como exploração de atividade econômica; 2) as informações prestadas neste pedido são a expressão da verdade.</p>			
ASSINATURA		DATA	
Se a assinatura for do procurador, informar :			
Nome	RG	CPF	Telefone
E-Mail:			