

ANEXO I
(PORTARIA SEF Nº 002/2023)
FICHA CADASTRAL DO AVALIADOR DE IMÓVEL



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA - DIAT

FICHA CADASTRAL DO AVALIADOR DE IMÓVEL

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

| | | | |
|-----------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|
| 01 Razão social | | | |
| 02 Endereço Comercial | | | 03 Número/Complemento |
| 04 Bairro/Distrito | 05 Município | 06 UF | 07 CEP |
| 08 CNPJ | | 09 Inscrição Municipal | |
| 10 Tel. Fixo | 11 Tel. Celular | 12 Email | |
| 13 Site | | | |

BLOCO 2 – NATUREZA DO PEDIDO

| | | | |
|---|--|---|---|
| 14 Credenciamento <input type="checkbox"/> | 15 Alteração <input type="checkbox"/> | 16 Descredenciamento a Pedido <input type="checkbox"/> | 17 Recredenciamento <input type="checkbox"/> |
|---|--|---|---|

BLOCO 3 – SÓCIO(S) ADMINISTRADOR(ES)

| | |
|------------------|--------|
| 18 Nome Completo | 19 CPF |
| | |
| | |
| | |

BLOCO 4 – RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | | | |
|------------------|--------|-------------------|------------------------|
| 20 Nome Completo | 21 CPF | 22 CRECI/CREA/CAU | 23 CNAI (se aplicável) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

BLOCO 5 – DECLARAÇÃO

| | | | |
|---|--|---------------------|--------|
| O Requerente declara-se ciente do disposto no RITCMD/SC-04, especialmente em seu Anexo Único, no tocante à atividade desenvolvida de AVALIADOR DE IMÓVEL e das responsabilidades assumidas, e que o credenciamento poderá ser, a qualquer tempo, suspenso ou cancelado nas hipóteses previstas no artigo 12 do Anexo Único do RITCMD/SC-04. | | | |
| 24 Local | | 25 Data | |
| 26 Nome do requerente | | 27 Cargo na Empresa | 28 CPF |
| 29 Assinatura | | | |

BLOCO 6 – INFORMAÇÃO DO AUDITOR FISCAL DA RECEITA ESTADUAL

| | |
|--|--|
| INFORMAÇÃO Após exame dos documentos oferecidos pelo requerente, opino pelo: | |
| <input type="checkbox"/> 30 DEFERIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> 31 INDEFERIMENTO, conforme o seguinte motivo: | |
| 32 Local e Data | 33 Nome/matricula e assinatura do Auditor Fiscal da Receita Estadual |

BLOCO 7 – PARECER DA GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ITCMD

| | |
|---|--|
| PARECER Em vista do que consta neste pedido e das informações disponíveis nesta Gerência, é o Parecer pelo: | |
| <input type="checkbox"/> 34 DEFERIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> 35 INDEFERIMENTO, conforme o seguinte motivo: | |
| 36 Local e Data | 37 Nome/matricula e assinatura do Auditor Fiscal da Receita Estadual |

BLOCO 8 - DESPACHO

| | |
|--|--|
| AO EXPEDIENTE PARA PROVIDÊNCIAS E CIÊNCIA. | |
| 38 Local e Data | 39 Nome/matricula e assinatura do Auditor Fiscal da Receita Estadual |