

## ANEXO IV

(a que se refere o art. 4º)

GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA

Nº do Protocolo

Data do Protocolo

CERTIDÃO DE RECONHECIMENTO DE NÃO-  
INCIDÊNCIA ITCD

Nº do Processo

Certidão nº:

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO

ENTIDADE/INSTITUIÇÃO:

CPF:

DDD:

Telefone

Logradouro (rua, avenida, praça, etc.)

Número

Complemento  
(andar, sala, etc.)

Bairro ou Distrito

CEP

Município

UF

Representante da Entidade/Instituição

RG

CPF

Certifico que a não incidência da Entidade acima identificada, relativamente ao Imposto Sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos – ITCD, encontra-se reconhecida pela Secretaria de Estado da Fazenda nos termos do art. 3º do RITCD.

A presente Certidão terá validade para o período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, salvo se ocorrer qualquer alteração nas condições legais ou requisitos necessários ao benefício.

Local

Data

Nome/Matrícula do servidor fazendário

Assinatura