

POSTO DE ARRECADAÇÃO							
POSTO AR-RECADADAÇÃO	SIGLA	CEP	ENDEREÇO	CELULAR CORPORATIVO	E-mail	RESPONSÁVEL	FUNCIONA-MENTO
Apuí	PAAPU	69265-000	Rua Belo Horizonte, nº480 - Centro	(92) 98622-4394	ag_apui@sefaz.am.gov.br	João Bosco Loto Holanda / Alzira Barroso	08h00 às 14h00
Carauari	PACAR	69500-000	Rua Artur Sá, nº 12 - Centro	(92) 98422-4420	ag_carauari@sefaz.am.gov.br	Nilton Correa Xavier	08h00 às 14h00
Lábrea	PALAB	69830-000	Rua Dr. João Fábio, nº 1919 - Centro	(92) 98622-6502	ag_labrea@sefaz.am.gov.br	Possidonio Marinho Filho / Antonio Costa	08h00 às 14h00
Novo Aripuanã	PANAR	69260-000	Av. 19 de Dezembro, s/n - Centro	(92) 98622-6421	ag_panar@sefaz.am.gov.br	Valmir Cetauro Raposo	08h00 às 14h00
S.G.da Cachoeira	PAGAB	69750-000	Av. Castelo Branco, nº512 - Centro	(92) 98622-4443	ag_sao_gabriel@sefaz.am.gov.br	Alexander dos Santos Noel	08h00 às 14h00
Rio Preto da Eva	PARPE	69117000	Rua Governador Barão de Solimões, S/N	(92) 98622-6528	thomaz.eurich@sefaz.am.gov.br	Thomaz Eduardo Eurich	08h00 às 14h00
PROCURADORIA GERAL DO ESTADO - PGE							
AGÊNCIA*	SIGLA	CEP	ENDEREÇO	CELULAR CORPORATIVO	E-mail	RESPONSÁVEL / SUBGERENTE	FUNCIONA-MENTO
Dívida Ativa-PGE	PGE	69020-040	Rua Emílio Moreira, 1308 - Praça 14	(92) 99403-4980	parcelamento@pge.am.gov.br	João Paulo Pereira Neto	08h00 às 15h00

ANEXO II

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE IPVA

Pessoas com Deficiência e Transtorno do Espectro Autista

Artigo 10-A da Lei n.º 4.719, de 12 de dezembro de 2018

À Gerência de Arrecadação e Controle de IPVA – GCIV Departamento de Arrecadação – DEARC
Secretaria de Estado da Fazenda do Amazonas – SEFAZ

IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL

Nome:	
CPF:	
Telefone:	
E-mail:	
Endereço:	
CEP:	

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA/TEA

Nome:	
CPF:	
RG:	
Data de Nascimento:	

DADOS DO VEÍCULO

RENAVAM:	
Placa:	
Chassi:	
Marca/Modelo:	

FUNDAMENTO LEGAL E REQUERIMENTO
Com fundamento no direito previsto no artigo 10-A da Lei nº 4.719, de 12 de dezembro de 2018, com as alterações introduzidas pela Lei nº 7.794, de 2025, e regulamentado pelo Decreto nº _____, de _____ de dezembro de 2025, venho **REQUERER A ISENÇÃO DO IPVA** para o veículo acima identificado.

Declaro estar ciente de que a isenção será concedida para apenas um veículo por beneficiário, conforme estabelecido no art. 5º do Decreto regulamentador, e que devo comunicar imediatamente à SEFAZ qualquer alteração que implique perda dos requisitos para fruição do benefício.

DOCUMENTOS ANEXOS
Para instrução do processo, seguem em anexo os seguintes documentos:

- ☐ Formulário padrão devidamente preenchido
- ☐ Laudo médico que comprove a condição da pessoa com deficiência ou Carteira PCD/Autista
- ☐ Comprovante de pagamento da Taxa de Expediente (se dev Para instrução do processo, seguem em anexo os seguintes documentos:
- ☐ Formulário padrão devidamente preenchido
- ☐ Laudo médico que comprove a condição da pessoa com deficiência ou Carteira PCD/Autista
- ☐ Documento de identificação da pessoa com deficiência
- ☐ Carteira Nacional de Habilitação – CNH do proprietário ou representante
- ☐ Comprovante de residência do beneficiário
- ☐ Declaração de Veracidade
- ☐ Certidão Negativa de Débitos - CND de não contribuinte (SEFAZ)
- ☐ Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo – CRLV
- ☐ Documento que comprove a condição de responsável legal (quando aplicável)
- ☐ Comprovante de pagamento da Taxa de Expediente (se devida)

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Proprietário/Responsável

SEFAZ - Secretaria de Estado da Fazenda do Amazonas
Avenida André Araújo, 150, Aleixo - Manaus/AM - CEP: 69060-000
Fone: (92) 2121-1600 | E-mail: gsefaz@sefaz.am.gov.br www.sefaz.am.gov.br
Protocolo Virtual: protocolovirtual.amazonas.am.gov.br

ANEXO III

LAUDO MÉDICO PADRONIZADO ISENÇÃO DO IPVA - PESSOA COM DEFICIÊNCIA/AUTISTA

Isenção do IPVA artigo 10-A da Lei nº 4.719, de 12 de dezembro de 2018

UNIDADE DE SAÚDE EMISSORA

Nome da Instituição:	
CNPJ:	
Data de Emissão:	
TIPO DE UNIDADE (marcar uma):	
☐ Serviço público de saúde	
☐ Serviço privado contratado/conveniado ao SUS	
☐ DETRAN/AM ou clínica credenciada	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	
Data de Nascimento:	
CPF:	
RG:	
Responsável Legal (se aplicável)	