**PEDIDO DE RESTITUIÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME/RAZÃO SOCIAL OU DENOMINAÇÃO SOCIAL | | | | CPF | | | |
| LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC) | | | | NUMERO | | COMPLEMENTO | |
| BAIRRO OU DISTRITO | | CEP | MUNICÍPIO | | | | UF |
| TELEFONE | EMAIL | | | | CADASTRO MUNICIPAL | | |

MOTIVO DA RESTITUIÇÃO (ESPECIFICAR O IMPOSTO NO CAMPO “OUTRAS INFORMAÇÕES”)

|  |
| --- |
| RECOLHIDO A MAIOR  PAGAMENTO EM DUPLICIDADE  PAGAMENTO INDEVIDO  ERRO  BENEFÍCIO FISCAL POSTERIOR  OUTRAS NÃO LISTADAS |

ANEXOS (DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS)

|  |
| --- |
| CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS (RG/CNH)  PROCURAÇÃO (SE PROCURADOR)  OUTROS (DOC. DE REPRESENTAÇÃO LEGAL E DEMAIS DOCS.)  REQUERIMENTO EXPLICANDO A SITUAÇÃO |

OUTRAS INFORMAÇÕES (INFORMAR A SITUAÇÃO E O IMPOSTO A SER RESTITUIDO)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
| Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações prestadas neste documento e que compareci pessoalmente para aderir ao programa de pagamento incentivado, apresentando meus documentos pessoais, estando ciente que estou sujeito (a) às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, do Código Penal, bem como da Lei n° 4.729/1965 e Lei n° 8.137/1990. Autorizo a utilização dos dados constantes deste documento para fins de atualização cadastral por parte da Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista. | | |
| ASSINALE COM UM “X” SE  PROCURADOR  REPRESENTANTE LEGAL  CONTRIBUINTE TITULAR | | DATA |
| NOME LEGÍVEL DO SIGNATÁRIO (SE TITULAR APENAS ASSINAR) | | |
| ASSINATURA | CPF | |