**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  |