|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Armaesta | | | | | | SECRETARIA DE ESTADO DE  FAZENDA DE MINAS GERAIS | | | | **FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE**  **RESTITUIÇÃO DE TRIBUTOS (CONTRIBUINTE EXTERNO)** | | | | | | | | | | | | **FOLHA**  **01/01** | | | | |
| NOME DO REQUERENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF/CNPJ | | | | | | | | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | | NIRE – Número de Inscrição de Registros na JUCEMG (se Pessoa Jurídica) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO (Rua, Av., Praça etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | Nº | COMPLEMENTO | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| BAIRRO | | | | | | | | | | | | | | MUNICÍPIO | | | UF | | | CEP | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |
| NOME DO CONTATO | | | | | | | | | | | | CPF DO CONTATO | | | | | TELEFONE | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | (  ) | | | | | | |
| E-MAIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O REQUERENTE, ACIMA QUALIFICADO, TENDO RECOLHIDO INDEVIDAMENTE EM FAVOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS A IMPORTÂNCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DE R$** | | | | |  | ( | |  | | | | | | | | | | | | | | | ) | | | | |
| A TÍTULO DE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |
|  |  | | ICMS | | |  | | | | ICMS-ST |  | | | | DIFAL ICMS (EC 87/2015) | | |  | FEM | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |  |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | |
|  |  | | OUTRAS (ESPECIFICAR) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REQUER A SUA RESTITUIÇÃO, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO VIGENTE, PELO MOTIVO ABAIXO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | PAGAMENTO EM DUPLICIDADE OU A MAIOR (DESDE QUE O DESTAQUE NO DOCUMENTO FISCAL ESTEJA CORRETO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | RETORNO INTEGRAL (DEVOLUÇÃO COM NOTA FISCAL EMITIDA PELO DESTINATÁRIO, NÃO SE ENQUADRA): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | OPERAÇÃO NÃO SUJEITA AO TRIBUTO / RECOLHIMENTO INDEVIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | SERVIÇO NÃO REALIZADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | FURTO/ ROUBO/ PERDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | CANCELAMENTO DE NOTA FISCAL OU DE CONHECIMENTO DE TRANSPORTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | OUTRO (ESPECIFICAR) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FLUXO: VIA ÚNICA - REQUERENTE > ADMINISTRAÇÃO FAZENDÁRIA

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE RESTITUIÇÃO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO COM OS DADOS DA CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO (OBRIGATORIAMENTE EM NOME DO REQUERENTE)** | | | | | | |
| NOME DO BANCO | CÓD. DO BANCO | CÓD. DA AGÊNCIA | DV | IDENTIFICAÇÃO DA CONTA  (para contas da CEF) | Nº DA CONTA | DV |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ATENÇÃO: O PREENCHIMENTO INCORRETO DESSES CAMPOS INVIABILIZARÁ O PAGAMENTO DA RESTITUIÇÃO NO CASO DE DEFERIMENTO.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO.** | | | | | |
|  | /    / |  |  |  |  |
|  | DATA |  | LOCAL |  | ASSINATURA DO REQUERENTE |

MOD.06.0189. – 04/10/2023