|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Armaesta | SECRETARIA DE ESTADO DEFAZENDA 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