**REQUERIMENTO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES DO**

**IMPOSTO SOBRE SERVIÇO – ISS**

|  |
| --- |
| **1. PRESTADOR DE SERVIÇO** |
| **Nome/Razão Social:**  | **CNPJ / CPF :**  |
| **Endereço:**  | **Numero:** | **Complemento:** |
| **Bairro:**  | **Cidade:**  | **UF:**  | **Cep:** |
| **E-mail:** |
| **2. RESPONSAVEL PELAS INFORMAÇÕES** |
| **Titular Procurador**  | **Data da Informação** | **CPF** |
| **Nome:** |
| **3. Nº NOTAS P/ RESTITUIÇÃO** | **4. JUSTIFICATIVA**  | **5. VALOR DA NOTA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **6. Valor total do ISS p/restituição R$** | **R$**  |

Ilmo. Sr. (a) Prefeito Municipal;

solicito a restituição dos valores, acima supra citado, referente ao ISS da (s) NOTA (s) FISCAL relacionadas, declarando serem verdadeiras as informações contidas neste requerimento.

|  |
| --- |
| **DADOS DA CONTA PARA DEPÓSITO****(para situação de pedido deferido)** |
| **Banco:**  | **NºAgência:** | **Nº Conta:** |

*Obs: Preferencialmente Sicredi.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Contribuinte ou Representante Legal