

**REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DE NÃO INCIDÊNCIA DE ISS**

Requerente:

CNPJ/CPF:

Inscrição Municipal:

Sem Inscrição Municipal

Endereço:

**DADOS PARA COMUNICAÇÕES E/OU NOTIFICAÇÕES (preenchimento obrigatório):**

A eventual alteração no endereço do destinatário deverá ser comunicada por meio de petição autuada no presente processo, nos termos do art. 8.º do Decreto nº 14.602, de 29/02/1996, ressaltado o disposto no art. 127, § 2.º da Lei n.º 5.172, de 25/10/1966 (Código Tributário Nacional).

E-mail:

Telefone(s):

Endereço:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

**REPRESENTANTE LEGAL (preenchimento obrigatório):**

Sócio e/ou Administrador  Procurador

**IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (preenchimento obrigatório):**

Nome:

CPF:

Identidade/Órgão Expedidor:

E-mail:

Telefone(s):

**ATIVIDADE E CÓDIGO DE SERVIÇO DO PEDIDO DE RECONHECIMENTO DE NÃO INCIDÊNCIA**

**PRETENSÃO E SEUS FUNDAMENTOS (preenchimento obrigatório):**

(Caso seja necessário, inserir linhas ou apresentar informações complementares em folha anexa)

Especificado em documento em anexo

**Declaro, nesta oportunidade, estar ciente de que o reconhecimento da imunidade requerida dependerá do preenchimento dos requisitos legais e de que a ausência de qualquer um dos documentos exigidos poderá inviabilizar a análise do pedido ora formulado, com o consequente indeferimento de plano do pleito, nos termos do art.125, I, do Decreto nº 14.602, de 29/02/1996.**

**Nestes termos, pede deferimento.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal