

REQUERIMENTO PARA REVISÃO DO REGIME DE ESTIMATIVA

Razão Social/Nome:

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_ C.F.M.: \_\_\_\_\_ C.N.P.J \_\_\_\_\_

( )SIMPLES NACIONAL O contribuinte acima qualificado vem mui respeitosamente por intermédio deste, requerer nos termos do artigo 189 da Lei Complementar 460/08 e alterações posteriores - Código Tributário do Município, a revisão do valor do ISSQN estimado para o exercício de \_\_\_\_\_, cujo imposto mensal foi fixado em R\$ \_\_\_\_\_.

Justificativa do pedido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anexar: Demonstrativo de Despesas Operacionais dos últimos 12 (doze) meses. Nestes Termos, Pede Deferimento. Jundiá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura do contribuinte ou representante legal

DADOS DO REQUERENTE

Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_