**REQUERIMENTO (ALTERAÇÃO DO PMPF)**

1. **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF:

E-MAIL: TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

1. **IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO**

|  |  |
| --- | --- |
| FABRICANTE: |  |
| DESCRIÇÃO DO PRODUTO: |  |
| EMBALAGEM/CAPACIDADE (ml): |  |
| EAN/GTIN (unitário): |  |
| NCM: |  |
| CEST: |  |
| PREÇO SUGERIDO: |  |
| OBSERVAÇÕES: |  |

As informações prestadas serão analisadas pela Gerência de Fiscalização – Grupo Substituição Tributária.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

NOME:

CARGO:

CPF: