

IDENTIFICAÇÃO DO(S) SERVIDOR(ES)			
Nome	Cargo	Matrícula	Resp.

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

Nome ou Razão Social:
 Nome de Fantasia:
 CPF/CNPJ:
 Inscrição Estadual:
 Endereço: Nº CEP:
 Complemento: Bairro:
 Município:
 Atividade Econômica:

ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS

Período da Ação Fiscal: De até Prazo:
 Fato Motivador:

Objetivos Específicos: Executar Auditoria Fiscal Contábil em profundidade no período acima identificado.

Roteiro Operacional: 200 – Auditoria Fiscal Contábil

RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO	CIÊNCIA (SERVIDOR)
-------------------------------	--------------------

Assinatura
 Nome:
 Cargo: Coordenador(a) Fazendário
 Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura

OBSERVAÇÃO:

Esta Ordem de Serviço encontra-se disponível no Portal de Serviços da Secretaria de Estado da Fazenda, no endereço www.sefa.pa.gov.br. Para acesso a este serviço é necessário que o contribuinte esteja cadastrado. Para maiores informações favor contactar a Diretoria de Tecnologia da Informação - DTI.
 Através dos telefones: 3323-4266 ou 3323-4330.

Declaro que recebi, nesta data, uma via da presente Ordem de Serviço.

Data: ____/____/____

Assinatura do Contribuinte ou Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO**

**ANEXO I – C
 Não pertence ao formulário**

ORDEM DE SERVIÇO Nº

JURISDIÇÃO FISCAL	
Órgão Fiscal:	Data da emissão:
Modalidade de Ação Fiscal :	
Espécie:	

IDENTIFICAÇÃO DO(S) SERVIDOR(ES)			
Nome	Cargo	Matrícula	Resp.

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

Nome ou Razão Social:
 Nome de Fantasia:
 CPF/CNPJ:
 Inscrição Estadual:
 Endereço: Nº CEP:
 Complemento: Bairro:
 Município:
 Atividade Econômica:

ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS

Período da Ação Fiscal: De até Prazo:
 Fato Motivador:

Objetivos Específicos:

Roteiro Operacional:

RESPONSÁVEL PELA DISTRIBUIÇÃO	CIÊNCIA (SERVIDOR)
-------------------------------	--------------------

Assinatura
 Nome:
 Cargo: Coordenador(a) Fazendário
 Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura

OBSERVAÇÃO:

Esta Ordem de Serviço encontra-se disponível no Portal de Serviços da Secretaria de Estado da Fazenda, no endereço www.sefa.pa.gov.br. Para acesso a este serviço é necessário que o contribuinte esteja cadastrado. Para maiores informações favor contactar a Diretoria de Tecnologia da Informação - DTI.
 Através dos telefones: 3323-4266 ou 3323-4330.

Declaro que recebi, nesta data, uma via da presente Ordem de Serviço.

Data: ____/____/____

Assinatura do Contribuinte ou Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO**

**ANEXO II – A
 Não pertence ao formulário**

TERMO DE INÍCIO DE FISCALIZAÇÃO Nº

JURISDIÇÃO FISCAL		
Órgão Fiscal:	Data da Emissão:	Hora:

ORIGEM DA AÇÃO FISCALIZADORA

Ordem de Serviço Nº:
 Prazo: 180 dias
 Modalidade de Ação Fiscal:
 Período: De até

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

Nome ou Razão Social:
 Nome de Fantasia:
 CPF/CNPJ:
 Inscrição Estadual:
 Endereço: Nº CEP:
 Complemento: Bairro:
 Município:
 Atividade Econômica:

CONTEXTO

No exercício das funções de Auditor(es) Fiscal(is) de Receitas Estaduais da Secretaria de Estado da Fazenda e nos termos do art. 11 da Lei nº 6.182, de 30 de dezembro de 1998 e com base no art. 744 e seu parágrafo único do Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - RICMS, aprovado pelo Decreto nº 4.676, de 18 de junho de 2001, dei(mos) início à verificação fiscal do contribuinte acima identificado, o qual fica NOTIFICADO a apresentar no prazo de 30(trinta) dias, a partir do recebimento do presente Termo de Início de Fiscalização, os documentos abaixo relacionados. O não atendimento do presente, no prazo estipulado, culminará na imediata aplicação da penalidade prevista no art. 78, inciso IX, alínea 'c' da Lei 5.530/89, ficando ciente desde já, que a presente medida caracteriza o início da ação fiscal pertinente, visando os interesses do Erário Estadual.

DOCUMENTOS SOLICITADOS

X XXX

Outros documentos poderão ser solicitados no decorrer desta ação fiscal.

Prazo de entrega dos documentos solicitados: 30 dias

Local de entrega dos documentos:

AUDITOR(ES) FISCAL(IS) DE RECEITAS ESTADUAIS DESIGNADO(S)

Nome	Matrícula	Assinatura
-		

NOTIFICAÇÃO AO RESPONSÁVEL

Assinatura

Nome:

Cargo:

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Declaro que recebi, nesta data, uma via do presente Termo de Início de Fiscalização.

Pág. 1

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO**

**ANEXO II – B
 Não pertence ao formulário**

TERMO DE INÍCIO DE FISCALIZAÇÃO Nº

JURISDIÇÃO FISCAL		
Órgão Fiscal:	Data da Emissão:	Hora:

ORIGEM DA AÇÃO FISCALIZADORA

Ordem de Serviço Nº:

Prazo:

Modalidade de Ação Fiscal:

Espécie:

Período: De até

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

Nome ou Razão Social:
 Nome de Fantasia:
 CPF/CNPJ:
 Inscrição Estadual:
 Endereço: Nº CEP:
 Complemento: Bairro:
 Município:
 Atividade Econômica:

CONTEXTO

No exercício das funções de Auditor(es) Fiscal(is) de Receitas Estaduais da Secretaria de Estado da Fazenda e nos termos do art. 11 da Lei nº 6.182, de 30 de dezembro de 1998 e com base no art. 744 e seu parágrafo único do Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - RICMS, aprovado pelo Decreto nº 4.676, de 18 de junho de 2001, dei(mos) início à verificação fiscal do contribuinte acima identificado, o qual fica NOTIFICADO a apresentar no prazo de 30(trinta) dias, a partir do recebimento do presente Termo de Início de Fiscalização, os documentos abaixo relacionados.

O não atendimento do presente, no prazo estipulado, culminará na imediata aplicação da penalidade prevista no art. 78, inciso IX, alínea 'c' da Lei 5.530/89, ficando ciente desde já, que a presente medida caracteriza o início da ação fiscal pertinente, visando os interesses do Erário Estadual.

DOCUMENTOS SOLICITADOS

X XXX

Outros documentos poderão ser solicitados no decorrer desta ação fiscal.

Prazo de entrega dos documentos solicitados: 30 dias

Local de entrega dos documentos:

AUDITOR(ES) FISCAL(IS) DE RECEITAS ESTADUAIS DESIGNADO(S)

Nome	Matrícula	Assinatura

NOTIFICAÇÃO AO RESPONSÁVEL

Assinatura

Nome:

Cargo:

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Declaro que recebi, nesta data, uma via do presente Termo de Início de Fiscalização.

Pág. 1

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO**

**ANEXO III – A
 Não pertence ao formulário**

AUTO DE INFRAÇÃO E NOTIFICAÇÃO FISCAL Nº

JURISDIÇÃO FISCAL		
Órgão Fiscal:	Data da Emissão:	Hora:

ORIGEM DA AÇÃO FISCALIZADORA

Nº de Auditoria:

Modalidade de Ação Fiscal:

LANÇAMENTO DO CRÉDITO TRIBUTÁRIO