

Executivo 3

SEXTA-FEIRA, 19 DE NOVEMBRO DE 2010

SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA

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

ANEXO IX – A
Não pertence ao formulário
TERMO DE DEVOLUÇÃO
DE DOCUMENTOS
À FISCALIZAÇÃO

JURISDIÇÃO FISCAL
Órgão Fiscal: Data da Emissão: Hora:

ORIGEM DA AÇÃO FISCAL
Ordem de Serviço Nº:
Modalidade de Ação Fiscal:
Espécie:
Período Fiscalizado: De até
Prazo de Devolução dos Documentos Fiscais: 240 dias

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

CONTEXTO
No exercício das funções de AUDITOR FISCAL DE RECEITAS ESTADUAIS da Secretaria de Estado da Fazenda, estamos devolvendo os documentos correspondentes à ação fiscal acima citada.

DOCUMENTOS SOLICITADOS

Documentos Data Entrega

Declaro que recebi, nesta data, a documentação acima relacionada.

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

Contribuinte(Assinatura)
Função: (Sócio/Gerente/Representante Legal/Contador)

Data: ____/____/____
Auditor Fiscal (Assinatura)
Nome:
Matrícula:

Data: ____/____/____
Responsável na CERAT/CEEAT
Nome:
Matrícula:

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

ANEXO IX – B
Não pertence ao formulário
TERMO DE DEVOLUÇÃO
DE DOCUMENTOS
À FISCALIZAÇÃO

JURISDIÇÃO FISCAL
Órgão Fiscal: Data da Emissão: Hora:

ORIGEM DA AÇÃO FISCAL
Ordem de Serviço Nº:
Modalidade de Ação Fiscal:
Espécie:
Período Fiscalizado: De até
Prazo de Devolução dos Documentos Fiscais: 240 dias

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

CONTEXTO
No exercício das funções de AUDITOR FISCAL DE RECEITAS ESTADUAIS da Secretaria de Estado da Fazenda, estamos devolvendo os documentos correspondentes à ação fiscal acima citada.

DOCUMENTOS SOLICITADOS

Documentos Data Entrega

Declaro que recebi, nesta data, a documentação acima relacionada.

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

Contribuinte (Assinatura)
Função: (Sócio/Gerente/Representante Legal/Contador)
Data: ____/____/____
Auditor Fiscal (Assinatura)
Nome:
Matrícula:
Data: ____/____/____
Responsável na CERAT/CEEAT
Nome:
Matrícula:

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

ANEXO IX – C
Não pertence ao formulário

TERMO DE DEVOLUÇÃO
DE DOCUMENTOS
À FISCALIZAÇÃO

JURISDIÇÃO FISCAL
Órgão Fiscal: Data da Emissão: Hora:

ORIGEM DA AÇÃO FISCAL
Ordem de Serviço Nº:
Modalidade de Ação Fiscal:
Espécie:
Período Fiscalizado: De até
Prazo de Devolução dos Documentos Fiscais: 240 dias

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

CONTEXTO
No exercício das funções de AUDITOR FISCAL DE RECEITAS ESTADUAIS da Secretaria de Estado da Fazenda, estamos devolvendo os documentos correspondentes à ação fiscal acima citada.

DOCUMENTOS SOLICITADOS

Documentos Data Entrega

Declaro que recebi, nesta data, a documentação acima relacionada.
Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Contribuinte(Assinatura)
Função: (Sócio/Gerente/Representante Legal/Contador)
Data: ____/____/____
Auditor Fiscal(Assinatura)
Nome:
Matrícula:
Data: ____/____/____
Responsável na CERAT/CEEAT
Nome:
Matrícula:

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

ANEXO X – A
Não pertence ao formulário

TERMO DE CANCELAMENTO DA FISCALIZAÇÃO A PEDIDO

Ordem de Serviço Nº: Órgão Fiscal:
Nome ou Razão Social: CPF/CNPJ:
Nome de Fantasia: Inscrição Estadual:
Endereço: Nº
Complemento: Bairro: CEP:
Município:
Data da Emissão:

Vimos pelo presente, solicitar a V.Sª, que se digne a autorizar o cancelamento da fiscalização de que trata o Ato Designatório acima citado, tendo em vista: MOTIVO DO CANCELAMENTO.

Nome: Matrícula:

Despacho

De acordo com a legislação vigente, autorizo o cancelamento dos trabalhos referentes à fiscalização de que trata o Ato Designatório acima citado.
Em:

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____

Assinatura do Contribuinte ou Representante Legal