

NOTIFICAÇÃO FISCAL Nº

JURISDIÇÃO FISCAL _____
 Órgão Fiscal: _____ Data de Emissão: _____ Hora: _____

ORIGEM DA AÇÃO FISCAL

Ordem de Serviço Nº: _____
 Prazo: _____
 Modalidade de Ação Fiscal: _____
 Espécie: _____
 Período: De até _____

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(es) Fiscal(is) de Receitas Estaduais da Secretaria de Estado da Fazenda, nos termos do art. 11 da Lei nº 6.182, de 30 de dezembro de 1998 e do art. 12 da Lei nº 7.591, de 28 de dezembro de 2011, dei(mos) início à programação fiscal do contribuinte acima identificado, o qual fica NOTIFICADO a apresentar no prazo de 15(quinze) dias, a partir do recebimento da presente Notificação Fiscal, os documentos abaixo relacionados. O não atendimento do presente, no prazo estipulado, culminará na imediata aplicação da penalidade prevista em Lei, ficando ciente desde já, que a presente medida caracteriza o início da ação fiscal pertinente, visando os interesses do Erário Estadual.

Documentos solicitados:

() XX
 Prazo de Entrega: 15 dias
 Local de Entrega dos Documentos: _____

SERVIDOR(ES) DESIGNADO(S)

Nome Cargo Matrícula Assinatura

NOTIFICAÇÃO AO RESPONSÁVEL

Assinatura

Nome: _____
 Cargo: _____
 Data: ___/___/___ Hora: ____:____

Declaro que recebi, nesta data, uma via da presente Notificação Fiscal.

Pág. 1

ANEXO V

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
 ANEXO V
 NÃO PERTENCE AO FORMULÁRIO**

NOTIFICAÇÃO FISCAL COMPLEMENTAR Nº

JURISDIÇÃO FISCAL _____
 Órgão Fiscal: _____ Data de Emissão: _____ Hora: _____

ORIGEM DA AÇÃO FISCAL

Ordem de Serviço Nº: _____
 Prazo: _____
 Modalidade de Ação Fiscal: _____
 Espécie: _____
 Período: De até _____

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

Nome ou Razão Social: _____ CPF/CNPJ: _____
 Nome de Fantasia: _____ I n s c r i ç ã o
 Estadual: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Complemento: _____
 Bairro: _____ CEP: _____
 Município: _____
 Atividade Econômica: _____

CONTEXTO

No exercício das funções de Auditor(es) Fiscal(is) de Receitas Estaduais da Secretaria de Estado da Fazenda, nos termos do art. 11 da Lei nº 6.182, de 30 de dezembro de 1998 e do art. 12 da Lei nº 7.591, de 28 de dezembro de 2011, dei(mos) início à programação fiscal do contribuinte acima identificado, o qual fica NOTIFICADO a apresentar no prazo de 15 (quinze) dias, a partir do recebimento da presente Notificação Fiscal, os documentos abaixo relacionados. O não atendimento do presente, no prazo estipulado, culminará na imediata aplicação da penalidade prevista em Lei, ficando ciente desde já, que a presente medida caracteriza o início da ação fiscal pertinente, visando os interesses do Erário Estadual.

Documentos solicitados:

() XX
 Prazo de Entrega: 15 dias
 Local de Entrega dos Documentos: _____

SERVIDOR(ES) DESIGNADO(S)

Nome Cargo

Matrícula Assinatura

NOTIFICAÇÃO AO RESPONSÁVEL

Assinatura

Nome: _____
 Cargo: _____
 Data: ___/___/___ Hora: ____:____

Declaro que recebi, nesta data, uma via da presente Notificação Fiscal.

Pág. 1

ANEXO VI

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
 ANEXO VI
 NÃO PERTENCE AO FORMULÁRIO
 TERMO DE ENTREGA
 DE DOCUMENTOS
 À FISCALIZAÇÃO N.º**

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: _____

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 recebendo os documentos correspondentes à ação fiscal acima citada.

DOCUMENTOS SOLICITADOS

Documentos _____
 Data Entrega _____

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

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

AUDITOR FISCAL (Assinatura)

Nome: _____
 Matrícula: _____

Pág. 1

**ANEXO VII
 GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
 ANEXO VII
 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: _____

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)

Declaração de Recusa

Declaro que, nesta data, o contribuinte recusou-se a receber a documentação entregue à fiscalização.

Data: ___/___/___

Auditor Fiscal(Assinatura)

Nome: _____
 Matrícula: _____

Recebi a documentação acima relacionada, nos termos do § 1º do art. 23 da Instrução Normativa nº _____.

Data: ___/___/___

Responsável na CERAT/CEEAT

Nome: _____
 Matrícula: _____

ANEXO VIII

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
 DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO
 ANEXO VIII
 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: _____