

**REVALIDAÇÃO DE CERTIFICADO
DECLARATÓRIO**

Formulário I

Imº Sr. (a) Secretário (a) Municipal de Fazenda

_____, Entidade com
sede na av/rua _____ nº _____ bairro
_____ contato _____ CNPJ _____
ramo/atividade _____, por seu Representante
Legal, _____ CPF
_____ RG _____ residente na rua
_____ nº _____ bairro _____
CEP _____ telefone _____ celular
_____ Cidade _____,
Email _____

_____,vem mui respeitosamente, com base no disposto na Resolução nº
009/2017/GAB/SEMFAZ, de 13 de junho de 2017, solicitar de Vossa Senhoria a
Revalidação do Certificado Declaratório de:

IMUNIDADE TRIBUTÁRIA

**NÃO INCIDÊNCIA DAS TAXAS PELO EXERCÍCIO DO PODER DE
POLÍCIA**

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Porto Velho, ____ de ____ de _____.

Contribuinte ou Representante Legal