

**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