

ANEXO I



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

PEDIDO DE RESTITUIÇÃO OU RESSARCIMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO PASSIVO

NOME/NOME EMPRESARIAL		CNPJ/CPF	
LOGRADOURO (rua, avenida, praça etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO (apto, sala, etc.)
BAIRRO - DISTRITO	MUNICÍPIO	UF	CEP
BANCO (em que será creditado)	Nº AGÊNCIA	Nº CONTA CORRENTE	VALOR DA RESTITUIÇÃO/RESSARCIMENTO (em reais)
DDD/TELEFONE	E-MAIL		

2. ORIGEM E VALOR DO CRÉDITO SOLICITADO

<input type="checkbox"/> PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR (fl. 2)
<input type="checkbox"/> CONTRIBUIÇÃO PARA O PIS/PASEP E COFINS RETIDOS NA FONTE (fl. 3)
<input type="checkbox"/> PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR - SIMPLES NACIONAL (fl. 4)
<input type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS (DETALHAR):

3. MOTIVO DO PEDIDO

--

4. DEMONSTRATIVO DO CÁLCULO DA RESTITUIÇÃO OU DO RESSARCIMENTO

--

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

PEDIDO RETIFICADOR <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº DO PROCESSO DO PEDIDO RETIFICADO _____
Solicito a restituição/ressarcimento da importância acima mencionada, declarando, sob as penas da Lei nº 4.729, de 14 de julho de 1965, e da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, que as informações prestadas neste pedido são a expressão da verdade.	
NOME	CPF
QUALIFICAÇÃO	DATA
ASSINATURA	

(Modelo aprovado pela IN RFB nº 1.300, de 20 de novembro de 2012.)

PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR

1. IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

NOME/NOME EMPRESARIAL	CNPJ/CPF
-----------------------	----------

2. DEMONSTRATIVO DO PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR

CODIGO DA RECEITA	
CNPJ DO DARF (*)	
PERÍODO DE APURAÇÃO	
DATA DE VENCIMENTO	
DATA DO PAGAMENTO	
VALOR TOTAL DO DARF (em reais)	
VALOR ORIGINAL DO PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR (em reais)	

(*) Nos casos de pagamento efetuado por estabelecimento filial, incorporada, fusionada ou cindida.

3. OUTRAS INFORMAÇÕES

--

4. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME	CPF
QUALIFICAÇÃO	DATA
ASSINATURA	

(Modelo aprovado pela IN RFB nº 1.300, de 20 de novembro de 2012.)



PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR - SIMPLES NACIONAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

NOME/NOME EMPRESARIAL	CNPJ/CPF
-----------------------	----------

2. DEMONSTRATIVO DO PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR

NÚMERO DO DOCUMENTO	
COMPETÊNCIA	
NÚMERO DO CNPJ DO DAS (*)	
DATA DE VENCIMENTO	
DATA DO PAGAMENTO	
VALOR TOTAL DO DAS (em reais)	
VALOR ORIGINAL DO PAGAMENTO INDEVIDO OU A MAIOR (em reais)	

(*) Nos casos de pagamento efetuado por estabelecimento filial, incorporada, fusionada ou cindida.

3. DEMONSTRATIVO DOS VALORES PAGOS

	IRPJ	CSLL	COFINS	PIS	IPI	CPP/INSS
Valor do Pagamento						
Valor do Pedido de Restituição						

4. OUTRAS INFORMAÇÕES

--

5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME	CPF
QUALIFICAÇÃO	DATA
ASSINATURA	

(Modelo aprovado pela IN RFB nº 1.300, de 20 de novembro de 2012.)