



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA

**PEDIDO DE RESTITUIÇÃO DE CUSTAS – ( MOD. 1 )**

**01. IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO**

NOME/RAZÃO SOCIAL OU DENOMINAÇÃO SOCIAL			
CPF/CNPJ		RG/IE	
LOGRADOURO(Rua, Avenida, Praça, etc.)		NÚMERO	COMPLEMENTO(And., Sala, etc.)
BAIRRO OU DISTRITO	MUNICÍPIO		UF
CEP	DDD	TELEFONE(s)	E-MAIL

**02. MOTIVO DO PEDIDO**

<input type="checkbox"/> Pagamento em duplicidade	Pagamento Indevido – especificar:		
<input type="checkbox"/> Pagamento a maior			
<input type="checkbox"/> Dispensado	<input type="checkbox"/> Isento	<input type="checkbox"/> Imune	<input type="checkbox"/> Desistência da Ação
<input type="checkbox"/> Código de Receita incorreto	<input type="checkbox"/> Outros		

**03. ANEXOS - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

Devem ser apresentados os documentos originais, juntamente com as cópias para autenticações destas pela SEFAZ/SP.

<input type="checkbox"/> Original e cópia de: cédula de identidade ou outro que o substitua; CPF – Cadastro de Pessoa Física e/ou CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica; ou da CNH que contenha ambos os números do signatário;
<input type="checkbox"/> Original e cópia da GARE-DR ou cópia do DARE;
<input type="checkbox"/> Original da Certidão de Objeto e Pé, emitido pelo Tribunal de Justiça, onde estejam certificados o valor devido e o valor recolhido objeto da solicitação, informando taxativamente sobre a disponibilidade do recolhimento para fins de restituição;
<input type="checkbox"/> Se o recolhimento foi feito com outros códigos de receita, ao invés do código 028 – apresentar cópias de ambos os documentos de arrecadação, bem como cópia do despacho judicial determinando que se faça o recolhimento no código de receita correto;
<input type="checkbox"/> <b>PROCURAÇÃO</b> - se o signatário for procurador, anexar a respectiva <b>procuração com firma reconhecida do outorgante, dando poderes específicos para pedir, receber e dar quitação perante a Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo (artigo 166 do CTN)</b> ;
<input type="checkbox"/> Cópia de documento comprovando o banco, agência e conta corrente para depósito (cheque, cartão, extrato, etc).

**04. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>“CASO NÃO HAJA INDICAÇÃO DE CONTA CORRENTE BANCÁRIA, O VALOR APROVADO SERÁ ENCAMINHADO À AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL, DA LOCALIDADE DO INTERESSADO.”</b>
--

**05. CONTA BANCÁRIA**

C/C Nº	BANCO	AGÊNCIA
--------	-------	---------

**ATENÇÃO: não serão aceitas Contas Poupança, Contas Salário ou outras que não sejam de titularidade do signatário ou de seu procurador.**

Solicito a restituição da importância abaixo mencionada, declarando sob as penas da Lei 4.729/65 e Lei 8137/90 e alterações, que as informações prestadas neste pedido são a expressão da verdade.

Valor requerido R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

NOME DO SIGNATÁRIO	CPF	RG
DATA	ASSINATURA	

ESTE PEDIDO DE RESTITUIÇÃO APLICA-SE AOS CÓDIGOS DE RECEITAS DIVERSAS (vide PORTARIA CAT 125/2011), SENDO OS MAIS USUAIS OS SEGUINTE:

230-6 (AO INVÉS DO CÓDIGO 028), 244-6 E 261-6.