|  |
| --- |
|  GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIROSECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDASuperintendência de ArrecadaçãoFormulário de Solicitação de Certidão de Pagamento de DARJ/GNRE |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Dados do Solicitante** |
| Nome Completo | Telefone |
|   | ( ) |
| Endereço - Bairro | CEP | Município |
|   |   |  |
| e-mail | CPF/CNPJ/Inscrição | Telefone Celular |
|   |   | ( ) |

|  |
| --- |
| **Informações do Pagamento** |
| 1 – ICMS/FECP ou TSE (Taxas de Serviços Estaduais): ( ) ICMS/FECP ou ( ) TSE |
| 2 – Data do recolhimento ou Período de Referência: |
| 3 – Valor Recolhido (se souber ou aproximado): |
| 4- Outras informações: |

|  |
| --- |
| **Documentos** |
| ( ) Comprovante de Pagamento da Taxa de Serviços Estaduais |
| ( ) Cópia da identidade do requerente |
| ( ) Procuração, quando for o caso, com firma reconhecida e com poderes para representar junto ao Poder Público. \* |

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente das penalidades previstas em Lei para o caso de declarações inexatas.

Rio de Janeiro, ­­­­­­­­­­\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (RG/CPF):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (igual ao documento)