



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**DEPARTAMENTO DE RECEITAS MOBILIÁRIAS**

**AUTORIZAÇÃO PARA RESTITUIÇÃO /  
COMPENSAÇÃO DE ISSQN**

**CAMPO I - DADOS DO REQUERENTE:**

TODOS OS ITENS DO CAMPO I SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

NOME / NOME EMPRESARIAL (POR EXTENSO SEM ABREVIACÕES): \_\_\_\_\_

CPF / CNPJ: \_\_\_\_\_ INSCRIÇÃO MUNICIPAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO / UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE (COM DDD): \_\_\_\_\_ CELULAR (COM DDD): \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

CPF / CNPJ: \_\_\_\_\_ TELEFONE (COM DDD): \_\_\_\_\_ CELULAR (COM DDD): \_\_\_\_\_

Na qualidade de:  PRESTADOR DE SERVIÇO  TOMADOR DE SERVIÇO

Neste ato, em cumprimento ao disposto no artigo 166 da Lei Federal nº 5.172/1966 (Código Tributário Nacional) e artigo 47 da Lei Municipal nº 13.104/2007 (Processo Administrativo Tributário), **autoriza** o Sujeito Passivo:

\_\_\_\_\_,  
CNPJ \_\_\_\_\_, Inscrição Municipal \_\_\_\_\_,

**REQUERER a COMPENSAÇÃO / RESTITUIÇÃO** referente ao recolhimento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN relacionado à(s) nota(s) fiscal(is) abaixo discriminada(s):

NOTA FISCAL		
NÚMERO	NOTA FISCAL	VALOR TOTAL

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

**OBS.:** Junto a este formulário deverão ser apresentadas cópias do documento de identidade e do CPF do outorgante desta autorização, ou o reconhecimento de firma em cartório da sua assinatura. Caso seja pessoa jurídica, cópia dos documentos do representante legal ou procurador, acompanhados das cópias do contrato social ou estatuto onde conste os poderes do signatário da declaração.

**CAMPO II - ASSINATURA:**

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_