

À Prefeitura Municipal de Trajano de Moraes
Secretaria Municipal de Fazenda de Trajano de Moraes
Superintendência de Tributação e Arrecadação

SOLICITAÇÃO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES

DADOS DO REQUERENTE:

Nome: _____

CPF: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

O contribuinte acima qualificado vem requerer a Secretaria Municipal de Fazenda a restituição no valor de R\$ _____ referente a:

() Pagamento em duplicidade

() Pagamento a maior do que o valor do débito

() Pagamento a menor não compensado

() Pagamento fora do vencimento

() Outro: _____

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

TIPO DE CONTA: () CORRENTE () POUPANÇA

Grau de relacionamento: () O PRÓPRIO () Outro: _____

Declaro sob as penas da lei serem verdadeiras as INFORMAÇÕES E OS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

Trajano de Moraes, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente