REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO ORDINÁRIO

REQUERENTE	
NOME/RAZÃO SOCIAL:	
CPF/CNPJ:	**ENDEREÇO:**

O sujeito passivo acima identificado requer o **parcelamento** do(s) débito(s) originário(s) da(s) seguinte (s) espécie (s) de tributo (s): ☐ ISS ☐ IPTU ☐ ITBI ☐ TAXAS ☐ OUTROS: _____, em_____ (_____) parcela(s), com fundamento no art. 54 da Lei Complementar nº 10, de 15 de dezembro de 2009.
Período a ser parcelado:_____.

_____

O presente requerimento de parcelamento implica na adesão aos termos e condições estabelecidos na legislação que rege parcelamento de débitos tributários e não tributário no município de São Cristóvão e, se deferido, será formalizado por meio do pagamento do total ou da primeira parcela, que configura Confissão plena e irretratável do débito.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR PESSOA FÍSICA OU DO TITULAR, REPRESENTANTE LEGAL OU MANDATÁRIO DE PESSOA JURÍDICA	
NOME:	**CPF:**
E-MAIL:	**TELEFONE:**

OBSERVAÇÕES

1. O número de parcelas é limitado ao valor mínimo das parcelas estabelecidos na legislação tributária, conforme o valor do débito consolidado com a atualização monetária.
2. Para a efetiva formalização do parcelamento, o titular ou representante legal deverá encaminhar este requerimento juntamente com cópia do RG e CPF, caso seja representante legal encaminhar procuração, através do **e-mail.**
3. todos os campos deste Requerimento são de preenchimento obrigatório
4. O presente documento é válido como protocolo do pedido de parcelamento, na data do recebimento do **e-mail: semfaz.parcelamentoordinario@saocristovao.se.gov.br**
5. O e-mail enviado deve está preenchido com o assunto **"REQUERIMENTO DE PARCELAMENTO ORDINÁRIO"**, se assunto do e-mail não for preenchido o requerimento será arquivado sem ser analisado.

São Cristóvão,_____de_____de _____ _____
Assinatura