



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Secretaria de Estado da Fazenda

Gestão Fiscal

Termo de Comunicação de Adesão ao Regime Tributário previsto no Convênio ICMS 02/18

1 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

2 - ENDEREÇO:

LOGRADOURO:

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

UF:

NÚMERO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

3 - OPÇÃO:

O contribuinte acima identificado, em relação aos estabelecimentos optantes pelo REFTRO-SPED, localizados no Estado do Espírito Santo, declara sua opção pelo regime tributário previsto na Lei n.º 7.000, de 27 de dezembro de 2001, e no Convênio ICMS 01/2018, Exatidão Já, desde o protocolo desta comunicação, à utilização dos benefícios fiscais de que tratam o art. 5.º-C da respectiva Lei e as cláusulas constantes da respectiva Convenção.

4 - RENÚNCIA:

O contribuinte acima identificado declara estar ciente, nos termos do art. 5.º-C, § 4.º da Lei n.º 7.000, de 2001, alterado e disposto no art. 534-2-K-B do RSCMS/ES, aprovado pelo Decreto n.º 1.050-R, de 25 de outubro de 2001, de que a adesão implica renúncia a quaisquer direitos, em sede administrativa ou judicial, que questione a incidência do ICMS sobre a importação dos bens ou mercadorias sem transferência de propriedade, referente a fatos geradores anteriores ao ato da Lei n.º 12.854, de 2 de abril de 2018, e, consequentemente, a rescisão dos recursos administrativos e das ações judiciais.

O contribuinte se responsabiliza pela apresentação de documentação comprobatória da devolução da totalidade dos recursos administrativos e das ações judiciais, que devem estar arquivadas ao presente termo de comunicação, sob pena de inabilitação da adesão, nos termos do art. 534-2-K-B, §§ 3.º e 4.º.

Declara, finalmente, que não emitirá, perante terceiros, autorização para requerimento de repetição de indébito, prevista no art. 166 do Código Tributário Nacional, relativa à incidência do ICMS nas hipóteses abrangidas no art. 534-2-K-B, § 2.º.

5 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL DO PROCURADOR LEGALMENTE HABILITADO:

NOME:

CPF:

ASSINATURA:

6 - REPARTIÇÃO FISCAL:

DATA:

NOME DO FUNCIONÁRIO:

ASSINATURA:

TELEFONE:

OBSERVAÇÕES:

Obs: A declaração deverá estar acompanhada dos documentos necessários à comprovação dos poderes do responsável legal, retidamente ao contribuinte.