

|                                                               |  |                                                           |  |            |
|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|------------|
|                                                               |  |                                                           |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
| Informação complementar:                                      |  |                                                           |  |            |
| Indefiro o presente pedido de parcelamento em decorrência de: |  |                                                           |  |            |
| PROTOCOLO                                                     |  | Belém (PA),13 de julho de 2015.<br>Autoridade responsável |  |            |
|                                                               |  |                                                           |  |            |
| CIÊNCIA DO CONTRIBUINTE                                       |  |                                                           |  |            |
| NOME DO REPRESENTANTE LEGAL                                   |  | DATA DA CIÊNCIA                                           |  | ASSINATURA |

ANEXO II

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| TERMO DE LIBERAÇÃO DE MERCADORIA Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |                                   |
| Nº DA DECLARAÇÃO DE IMPORTAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
| DESCRIÇÃO DA MERCADORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CLASSIFICAÇÃO TARIFÁRIA       | QUANT.                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
| IMPORTADOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                   |
| RAZÃO SOCIAL, FIRMA, NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                   |
| INSC. ESTADUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                   |
| ATIVIDADE ECONÔMICA OU PROFISSIONAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                                   |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                   |
| BAIRRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FONE/FAX/E-MAIL:              |                                   |
| <p>CONTEXTO</p> <p>As mercadorias acima especificadas estão por este termo autorizadas ao desembaraço aduaneiro sem o prévio recolhimento do ICMS relativo à importação. Fica o contribuinte obrigado a solicitar a Secretaria de Estado da Fazenda o parcelamento do crédito tributário no prazo de 5 (cinco) dias, contado da data do desembaraço aduaneiro, nos termos previstos na Instrução Normativa nº10, 13 de julho de 2015. Este termo será expedido em 2 (duas) vias, sendo que uma das vias será entregue pelo contribuinte ao servidor do fisco estadual, por ocasião da liberação da mercadoria.</p> |                               |                                   |
| NOME E ASSINATURA DA AUTORIDADE FAZENDÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               | NOME E ASSINATURA DO CONTRIBUINTE |
| NOME:<br>CARGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | NOME:<br>CARGO:                   |
| Espaço a ser preenchido pela autoridade fiscal da Fazenda estadual por ocasião do desembaraço aduaneiro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                                   |
| DATA DO DESEMBARAÇO ADUANEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOME E ASSINATURA DO SERVIDOR |                                   |
| Belém(PA), ____ / ____ / ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOME:<br>MATRÍCULA Nº:        |                                   |