

COMUNICAÇÃO DE VERIFICAÇÃO NO TRÂNSITO

FORMULÁRIO Nº:	CVT Nº:
-----------------------	----------------

Em / / , às h min, em	Município:
-----------------------	------------

Transportador: CGC/TE: _____ CNPJ ou CPF: _____ Telefone: _____ Endereço: _____ Município/UF: _____ Identificação do Veículo: Placas: _____ Município: _____

Unid.	Quant.	Discriminação das Mercadorias	Valor Unit.	Total

Descrição da ocorrência:	Carimbo
.....	
.....	
.....	
.....	

Comunicamos à Fiscalização de Tributos Estaduais, nos termos do artigo 6º da Lei Complementar nº 63, de 11/01/90, da Lei Estadual nº 10.388, de 02/05/95 e do Decreto nº 36.009, de 06/06/95, a ocorrência do fato acima descrito.

Ciente. Recebi cópia. Transportador da mercadoria ou motorista.	
Nome: _____	CPF: _____
CNH: _____	RG: _____ (a): _____

_____	_____	_____
Agente Municipal	Agente Municipal	Testemunha
Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____
Matrícula: _____	Matrícula: _____	RG: _____

REMESSA	RECEBIMENTO
CVT remetida em / / , através da correspondência registrada sob o nº	Repartição Fazendária de: Data: / / Funcionário: Nome: Matrícula: Assinatura:

1ª Via - DRE; 2ª Via - Transportador; 3ª Via - DRE