

ANEXO II

PEDIDO DE DESCREDENCIAMENTO DO REGIME OPTATIVO DE TRIBUTAÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA (ROT-ST)

Dados do Contribuinte		
Nome / Razão Social do Contribuinte		CNPJ
Endereço completo		CEP
Município/ UF	e-mail	Telefone

() Solicito descredenciamento do Regime Optativo de Tributação da Substituição Tributária (ROT-ST), previsto no art. 19-A do Livro II (Da Substituição Tributária) do Regulamento do ICMS, aprovado pelo De-creto nº 27.427/00 (RICMS/RJ), e

() Declaro concordância com as condições e com os procedimentos previstos no Regime Optativo de Tributação da Substituição Tributária (ROT-ST), nos termos do art. 19-A do Livro II (Da Substituição Tri-butária) do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 27.427/00, do Decreto nº 49.104, de 23 de maio de 2024 e da Re-solução SEFAZ nº SEFAZ nº 684, de 31 de julho de 2024, mediante cumprimento dos requisitos normativos abaixo:

- 1 - Exclusão de todos os estabelecimentos localizados em território fluminense, pertencentes ao mesmo titular, que realizem vendas a consumidor final;
- 2 - Permanência no Regime Optativo de Tributação da Substituição Tributária (ROT-ST) pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses;
- 3 - Decurso de prazo mínimo de 12 (doze) meses para a realização de novo pedido de adesão;
- 4 - Produção de efeitos a partir do primeiro dia do ano calendário seguinte ao pedido de exclusão ao ROT-ST.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente