

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DO DISTRIBUIDOR AUTORIZADO CONCESSIONÁRIA

Ao

Chefe do Posto Fiscal de \_\_\_\_\_-SP da Delegacia Regional Tributária de \_\_\_\_\_

Ref.: ISENÇÃO DE ICMS - pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista.

#### 01 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA CONCESSIONÁRIA

NOME DA EMPRESA	
CNPJ nº	INSCRIÇÃO ESTADUAL

#### 02 - ENDEREÇO

Rua, Avenida, etc.		Numero	Andar, etc	Sala,
Bairro/Distrito	Município	UF	CEP	
Telefone	celular	e-mail		

A empresa acima identificada, tendo em vista o laudo de perícia médica e a declaração do interessado apresentados nos termos da Portaria CAT-XX de 2013, para fins do disposto no artigo 19 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 45.490, de 30 de novembro de 2000, declara que:

O interessado (nome do interessado)....., inscrito(a) no CPF sob nº ..... residente à ..... na cidade de ....., Estado de São Paulo, possui deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista;

O benefício da isenção será repassado integralmente ao adquirente mediante redução no preço.

O veículo pretendido é (marca/modelo)....., (espécie/tipo)....., cujo preço estimado, incluídos os tributos incidentes é R\$.....(.....) -

Declara ainda, ser autêntica e verdadeira toda a documentação apresentada.

\_\_\_\_\_  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura com identificação e carimbo da empresa)