

**1. QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

DENOMINAÇÃO SOCIAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

CEP

FONE(S)

FAX

E-MAIL

**2. OUTRAS INFORMAÇÕES (INCLUSIVE CADASTRAIS)**

**2.1 OBJETO DO REQUERIMENTO**

2.1.1  CREDENCIAMENTO PREVISTO NO § 12 DO ART. 11 DO ANEXO 191 DO RICMS.

**2.2 CONFORME ART. 11, §11 DO ANEXO 191 DO RICMS, O CONTRIBUINTE SE ENQUADRA:**

- I – Atacadistas de Medicamentos e drogas de uso humano, inscrito no CNAE 4644-3/01, com saídas mensais a contribuintes do ICMS maiores que 50% do total das saídas.
- II – Detentor do regime especial estabelecido no Decreto nº 22.199/2011, que comercializa produtos do Convenio ICMS 76/94.
- III – Distribuidor que realiza venda de mercadorias a Órgãos da administração Pública direta e indireta, federal, estadual e municipal, suas fundações e autarquias, em percentual maior que 80% do total das vendas.
- IV – Indústria farmacêutica estabelecida no Rio Grande do Norte

**2.3 COMERCIALIZA COM ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA E INDIRETA, FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, SUAS FUNDAÇÕES E AUTARQUIAS, DE OUTRAS (UF) UNIDADE DA FEDERAÇÃO:**

- SIM Anexar relação com CNPJ, endereço e UF
- NÃO

**2.4 MANTÉM ESTOQUE PRÓPRIO NO ESTABELECIMENTO DORN:**

- SIM VALOR DO ESTOQUE R\$ \_\_\_\_\_
- NÃO

**2.5 O REQUERENTE ATENDE TODAS AS EXIGÊNCIAS DO ART. 11, §13 DO ANEXO 191 DO RICMS:**

- SIM
- NÃO QUAIS ATENDE ? \_\_\_\_\_

**2.6 OUTRAS INFORMAÇÕES A CRITÉRIO DO REQUERENTE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. ESTABELECIMENTO REQUERENTE :**

- MATRIZ  FILIAL

O contribuinte acima qualificado, anexando a documentação exigida, requer que lhe seja concedida a solicitação objeto deste requerimento.

Natal, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente.