TABELA II
PRODUTOS FARMACÊUTICOS E HOSPITALARES

NOTA FISCAL DE RESSARCIMENTO NÚMERO:
CONTRIBUINTE SUBSTITUÍDO REQUERENTE:

PRODUTO		DADOS DA NOTA FISCAL DE ENTRADA					DADOS DA NOTA FISCAL DE SAÍDA			VALOR PARA CÁLCULO DO RESSARCIMENTO (GxJ)	ICMS A SER RESSARCIDO (L *) (M)
NOME (A)	LABORATÓRIO (B)	Nº (C)	DATA (D)	QUANTI-DADE (E)	UF (F)	BASE DE CÁLCULO DO DÉBITO POR UNIDADE (Preço de fábrica) (G)	Nº (H)	DATA (I)	QAUNTI-DADE (J)	(L)	
	TOTAL DO IMPOSTO A SER RESSARCIDO										

DATA — CARIMBO E ASSINATURA DO REQUERENTE.

CONTRIBUINTE SUBSTITUTO

NOME:
C.G.C:
CIDADE:

*** APLICAR OS INDÍCES PREVISTOS NOS §§ 1º E 2º DO ART. 119 DESTE REGULAMENTO CONFORME SEJA O CASO.**