

ANEXO X

**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**

REQUERIMENTO DE RECONHECIMENTO DE ISENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome: _____
Nome fantasia: _____
Início de atividades em ____ / ____ / ____
CNPJ: _____
Endereço: _____
Município: _____ Estado: _____
CEP: _____ Telefone: _____ fax: _____
E-mail: _____
Registro no CNAS – processo nº _____ Res. _____, DOU ____ / ____ / ____
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - proc. nº _____, Resolução _____ publicada no D.O.U. de ____ / ____ / ____ , vigente até ____ / ____ / ____ .
Título de Utilidade Pública Federal - _____, publicado no D.O.U. de ____ / ____ / ____ .
Título de Utilidade Pública Estadual - _____, publicado no D.O.E. de ____ / ____ / ____ .
Título de Utilidade Pública Municipal - _____, publicado no D.O.M. de ____ / ____ / ____ .
Registro no Cartório _____ sob nº _____ de ____ / ____ / ____ .
Possui estabelecimentos, dependências e/ou obras de construção civil ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Espécie de Entidade: <input type="checkbox"/> de assistência social <input type="checkbox"/> educacional <input type="checkbox"/> de saúde

2. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Endereço: _____
Cargo que ocupa na entidade: _____
Início de atuação ____ / ____ / ____
CPF: _____ R.G.: _____ O. Exp./UF.: _____ Data: ____ / ____ / ____

3. REQUERIMENTO

Por intermédio de seu representante legal, a entidade retro-qualificada vem requerer o reconhecimento da isenção das contribuições sociais previstas nos arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991, declarando, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas e que cumpre integralmente os requisitos previstos no art. 55 da Lei 8.212, de 1991.
Local e data: _____, ____ de _____, de _____ .
Assinatura _____