ANEXO Z-1

COMUNICAÇÃO DE VERIFICAÇÃO NO TRÂNSITO

FORMULÁRIO Nº:	**CVT Nº:**

Em / / , às h min. Prefeitura Municipal:

Transportador: Telefone:
Inscrição Estadual: CNPJ ou CPF:
Endereço: Município/UF:
Identificação do Veículo: Placas: RENAVAM:

Unid.	Quant.	Discriminação das Mercadorias	Valor Unit.	Total

Descrição da ocorrência: .....
.....
.....
.....
.....

Carimbo

Comunicamos à Receita Estadual do RS, nos termos do art. 6º da Lei Complementar nº 63/90, da Lei Estadual nº 12.868/07 e do Decreto nº 45.659/08, a ocorrência do fato acima descrito.

Ciente. Recebi cópia. Transportador da mercadoria ou motorista.
Nome: CPF:
CNH: Assinatura:

_____	_____	_____
Agente Municipal	Agente Municipal	Testemunha
Nome:	Nome:	Nome:
Matrícula:	Matrícula:	RG:

1ª Via - Pref/RE/RS; 2ª Via - Transportador