



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA**  
**SUBSECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA**  
**GERÊNCIA DE ATENDIMENTO AO CONTRIBUINTE**

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ICMS NA IMPORTAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESTINADOS AO TRATAMENTO DA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL - AME**

Requerente:			CPF:	
Representante Legal (quando for o caso):			CPF:	
Logradouro:		Número:	Complemento:	CEP:
Bairro/Distrito:	Município:	Telefone:	e-mail:	

O interessado acima identificado requer a essa Agência da Receita Estadual isenção de ICMS para importação de medicamentos destinados ao tratamento da Atrofia Muscular Espinal - AME e para tanto, anexa os seguintes documentos:

	Comprovação de que o medicamento não tenha registro na Anvisa/MS.
	Autorização para importação concedida pela Anvisa/MS.
	Comprovação de que o medicamento não tenha similar produzido no país que deverá ser atestada por entidade federal representativa do setor de medicamentos ou pela Conselho Regional de Medicina - CRM
	Documento Único de Arrecadação – DUA pago, no valor de 17 VRTE'S, referente à taxa de requerimento.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

Destinado a uso exclusivo da SEFAZ.