



**ESTADO DO ACRE  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE - ACREPREVIDÊNCIA**

**PEDIDO DE RETIFICAÇÃO DO DAP**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE**

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| ÓRGÃO / ENTIDADE            | CPF / CNPJ |
| NOME DE PESSOA PARA CONTATO | TELEFONE   |

**2. DOCUMENTOS ANEXOS**

CÓPIA DE DAP       OUTROS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

**3. DADOS DO PAGAMENTO**

|                   |                   |                          |                   |
|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| DATA DO PAGAMENTO | CÓDIGO DA RECEITA | VALOR TOTAL DO DOCUMENTO | BANCO / AGÊNCIA / |
|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|

**4. DADOS DA RETIFICAÇÃO SOLICITADA**

| CAMPOS DO DAP          | DE | PARA |
|------------------------|----|------|
| COMPETÊNCIA:           |    |      |
| NÚMERO DO CPF OU CNPJ: |    |      |
| CÓDIGO DA RECEITA:     |    |      |
| DATA DE VENCIMENTO:    |    |      |
| VALOR DO PRINCIPAL:    |    |      |
| VALOR DA MULTA:        |    |      |
| VALOR DOS JUROS:       |    |      |

**5. ASSINATURA DO SOLICITANTE E AUTORIZAÇÃO PARA CIÊNCIA AO PORTADOR**

\_\_\_\_\_

**6. DECISÃO (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DE SERVIDOR DO ACREPREVIDÊNCIA)**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO <input type="checkbox"/> DE OFÍCIO | Carimbo / Data /<br>Assinatura |
| MOTIVO DA RETIFICAÇÃO DE OFÍCIO OU DO INDEFERIMENTO:   |                                |
| _____  |                                |
| _____  |                                |
| _____  |                                |
| _____  |                                |

**7. CIÊNCIA DO INDEFERIMENTO OU RECEBIMENTO DE COMPROVAÇÃO DA RETIFICAÇÃO EFETUADA**

|            |      |
|------------|------|
| CPF        | NOME |
| ASSINATURA | DATA |