



**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 / Assinatura
MOTIVO DA RETIFICAÇÃO DE OFÍCIO OU DO INDEFERIMENTO:	

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

CPF	NOME
ASSINATURA	DATA