



ANEXO I DO DECRETO Nº **4061/2019**, de 24 de Outubro de 2019

### REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE NFS-E

#### DADOS CADASTRAIS

Nome/Razão Social

Nome Fantasia

Inscrição Municipal

CPF / CNPJ

Nome do Contato

Telefone(s) para contato

Fixo: ( )          Celular: ( )

E-mail (**Preenchimento obrigatório e em letra de forma**)

#### ENDEREÇO DO SOLICITANTE CONFORME CNPJ (Preencher caso não seja inscrito no Município)

Logradouro

Bairro

CEP

Cidade

UF

#### FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO (campo de preenchimento obrigatório)

#### DADOS DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

Nome

CPF

Telefone(s)

São Gonçalo do Amarante, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante ou do representante legal  
(igual ao documento de identificação)

**DECLARO, na forma e sob as penas da Lei, que as informações contidas neste documento são a expressão da verdade.**

**SECRETARIA MUNICIPAL DAS FINANÇAS DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE**  
Rua Edite Mota, 148 - CENTRO - CEP 6270-000 - São Gonçalo do Amarante - Ceará  
Telefones : (85) 3315-4063