



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