

TERMO DE CANCELAMENTO DA FISCALIZAÇÃO A PEDIDO

Ordem de Serviço Nº:
Nome ou Razão Social:
Nome de Fantasia:
Endereço:
Complemento:
Município:
Data da Emissão:

Órgão Fiscal:
CPF/CNPJ:
Inscrição Estadual:
Nº
Bairro: CEP:

Vimos pelo presente, solicitar a V.Sª., que se digne a autorizar o cancelamento da fiscalização de que trata o Ato Designatório acima citado, tendo em vista: MOTIVO DO CANCELAMENTO.

Nome: Matrícula:

Despacho

De acordo com a legislação vigente, autorizo o cancelamento dos trabalhos referentes à fiscalização de que trata o Ato Designatório acima citado.

Em:

Assinatura e Carimbo

1ª Via: CERAT/CEEAT 2ªVia: AUDITOR 3ªVia: Contribuinte

CIÊNCIA DO CONTRIBUINTE

Data: ____/____/____

Assinatura do Contribuinte ou Representante Legal