

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

ANEXO XI – A
Não pertence ao
formulário

TERMO DE CANCELAMENTO DA FISCALIZAÇÃO *EX-OFFÍCIO*

Ordem de Serviço N°:

Nome ou Razão Social:

Nome de Fantasia:

Endereço:

Complemento:

Município:

Data da Emissão:

Órgão Fiscal:

CPF/CNPJ:

Inscrição Estadual:

N°

Bairro:

CEP:

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