

TERMO DE CANCELAMENTO DA FISCALIZAÇÃO *EX-OFFÍCIO*

Ordem de Serviço Nº:	Órgão Fiscal:
Nome ou Razão Social:	CPF/CNPJ:
Nome de Fantasia:	Inscrição Estadual:
Endereço:	Nº
Complemento:	Bairro: CEP:
Município:	
Data da Emissão:	

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 2ª Via: AUDITOR 3ª Via: Contribuinte

CIÊNCIA DO CONTRIBUINTE

Data: ____/____/____

Assinatura do Contribuinte ou Representante Legal