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

ANEXO XI – C
Não pertence ao formulário

TERMO DE CANCELAMENTO DA FISCALIZAÇÃO *EX-OFFÍCIO*

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:

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