|  |  |
| --- | --- |
| ***REQUERIMENTO*** | ***PROTOCOLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *NOME:* | | | | |
| *ENDEREÇO:* | | | | *Nº* |
| *COMPLEMENTO:* | *BAIRRO:* | | *TELEFONE:* | |
| *CIDADE:* | *UF:* | | *CEP:* | |
| *CNPJ/CPF:* | | *IDENTIDADE:* | | |
| *INSCRIÇÃO MUNICIPAL:* | | *E-MAIL:* | | |

*O Contribuinte acima identificado vem requerer o seguinte:*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*Vespasiano, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_