|  |  |
| --- | --- |
| ***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 \_\_\_\_\_\_\_\_*

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