

À Prefeitura Municipal de Trajano de Moraes
Secretaria Municipal de Fazenda de Trajano de Moraes
Superintendência de Arrecadação e Tributação

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE DÉBITOS PRESCRITOS

Eu, _____,
portador do RG nº _____, e do CPF. nº _____, residente e
domiciliado a Rua _____, nº _____,
complemento _____, Bairro _____, CEP
_____, na cidade de _____/_____, telefone
(____) _____, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Senhoria
requerer o CANCELAMENTO de débito(s) prescrito(s) da(s) inscrição(ões) abaixo
relacionada(s)

Relacionar os débitos a serem cancelados por prescrição:

Relação com o titular do débito: () O PRÓPRIO () Outro: _____

Termos em que peço deferimento.

Trajano de Moraes / RJ, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Contribuinte ou de seu Representante Legal

Dados para contato:

Telefone(s): _____

E-mail: _____