**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO/SUBSTITUIÇÃO DE NFSE**

CAPIVARI DE BAIXO,\_\_\_/\_\_\_/ 2023

|  |
| --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** |
| RAZÃO SOCIAL:  CNPJ: INSCRIÇÃO MUNICIPAL:  ENDEREÇO:  E-MAIL:  REPRESENTADO NESTE ATO POR:  CPF: TELEFONE: |

|  |
| --- |
| **VEM POR MEIO DESTE REQUERER:**  **( ) CANCELAMENTO DE NFSE ( ) SUBSTITUIÇÃO DE NFSE** |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DO CANCELAMENTO / SUBSTITUIÇÃO DA NFSE** |
|  |

|  |
| --- |
| **DADOS DA NOTA A SER CANCELADA** |
| NUMERO:  DATA EMISSÃO:  TOMADOR:  CPF/CNPJ DO TOMADOR:  DESCRIÇÃO DO SERVIÇO: |

|  |
| --- |
| **DADOS DA NOTA SUBSTITUTA** |
| NUMERO:  DATA EMISSÃO: |

|  |
| --- |
| **ASSINATURA:** |