**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:** |