



REQUERIMENTO DE BAIXA DE CONTRIBUINTE SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

O contribuinte,

_____,
CNPJ Nº: _____, Cadastro Municipal de Contribuintes Nº: _____,
situado na _____
nº _____, complemento _____, bairro _____,
por meio de seu representante legal _____
_____, CPF Nº: _____, RG Nº _____,
Órgão Expedidor : _____, residente na _____
_____, nº _____, bairro _____, complemento _____,
_____, telefone para contato _____, REQUER a baixa
de sua inscrição no Cadastro de Prestadores de Serviço de Qualquer Natureza – CPSQN do
Município de Florianópolis, na condição de Substituto Tributário contratante de serviços.

Florianópolis, ____/____/____.

Representante Legal

Nome do Solicitante: _____.

E-mail: _____.

CPF/RG: _____ Telefone: _____.