



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO ISQN FIXO E PROPORCIONAL

Nome/Razão social			
CMC	SN/MEI <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF/CNPJ	
Logradouro		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Município	UF
Telefone		Contato (nome):	
E-mail (legível, letra de forma) para ciência da decisão			

DETALHAMENTO DO PEDIDO (INCLUIR O NÚMERO DO DAM)

Responsável pelo requerimento (anexar procuração¹ e RG do procurador se for o caso)

Nome completo:

CPF:

Florianópolis, ____ de ____ de ____.

Assinatura do responsável pelo requerimento

¹ **Procuração dispensada:** Contador/Escritório Contábil vinculado deve anexar tela que comprova o vínculo para que seja dispensada a procuração