

ANEXO II

SENHOR(A) CHEFE DA AGÊNCIA DA RECEITA ESTADUAL DE _____

A EMPRESA

NOME EMPRESARIAL:	
CAD/ICMS:	CNPJ:
ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:	ESTADO:

O REPRESENTANTE

NOME:		
CPF:	TELEFONE:	CARGO:

VEM MUI RESPEITOSAMENTE A PRESENÇA DE V.Sa.SOLICITAR:

<input type="checkbox"/>	CANCELAMENTO	AIDF Nº	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO	AIDF Nº	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	INUTILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS FISCAIS MODELO _____, SÉRIE _____ DE Nº _____ À _____		

EM FUNÇÃO DAS SEGUINTE JUSTIFICATIVAS:

NESTES TERMOS,
PEDE DEFERIMENTO.

_____, _____ DE _____ DE _____ .

NOME:
CPF:
SÓCIO ADMINISTRADOR