PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE SERRA NEGRA
(CIDADE DA SAÚDE)

REQUERIMENTO

DEVOLUÇÃO DE VALORES

NOME:-		CPF :-
ENDEREÇO:-		CEP:-
BAIRRO:-	MUNICÍPIO:-	FONE:-
E MAIL:-		

Dados:-

☐Imobiliário - Inscrição Municipal nº

☐Mobiliário- Inscrição Municipal nº - 0

☐Pessoa Física* - CPF

☐Pessoa Jurídica* - CNPJ

* Não cadastrados junto ao cadastro municipal

Informações e/ou Observações :-

Documentos anexados comprovando o pagamento em duplicidade:-

Declaro estar ciente de que o não preenchimento dos campos obrigatórios e a não apresentação da documentação comprobatória implicará no arquivamento do presente pedido sem atendimento do solicitado.

Neste(s) termo(s) , pede deferimento	Protocolo
____/____/____ _____	
Data Assinatura do Requerente	