



MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA  
ESTADO DE SÃO PAULO

Data \_\_\_\_\_

Nº do Processo \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Distribuição \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXMO.SR.

PREFEITO(A) MUNICIPAL DE CAÇAPAVA - SP

Nome:		
CPF/CPF:	RG:	
Endereço de correspondência:		
Complemento:		
Bairro	Cidade	CEP
*Tel:	*E-mail:	

Vem requerer cancelamento de débitos anos: \_\_\_\_\_

Inscrição cadastral: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\* é obrigatório preencher o campo de telefone e e-mail para notificação.**

*Recolhimento de importancia*

<i>protocolo</i>	<i>R\$</i>
	<i>R\$</i>
	<i>R\$</i>
	<i>R\$</i>
	<i>R\$</i>
	<i>R\$</i>
<i>Total</i>	<i>R\$</i>
_____ <i>Visto do funcionário</i>	

Nestes termos, P. deferimento

Caçapava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura