



SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE PARCELAMENTO

Nome Empresarial:

Inscrição Estadual:

CNPJ:

Endereço completo:

E-mail:

Telefone:

A empresa acima identificada por seu representante legal infra-assinado solicita, conforme determinado na MEDIDA PROVISÓRIA Nº 489, DE 21 DE MAIO DE 2025, o cancelamento do parcelamento destacado abaixo.

O representante legal declara, por meio deste documento, estar ciente de todas as condições existentes na legislação.

A validade desta solicitação está vinculada à protocolização em uma das Unidades de Atendimento desta Secretaria com firma reconhecida de seu representante legal.

IDENTIFICAÇÃO DO PARCELAMENTO A SER CANCELADO

DATA DO PARCELAMENTO

Nº PARCELAMENTO

Local e data

Assinatura do funcionário

Assinatura do Representante Legal