PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
FAZENDA

REQUERIMENTO DE REVISÃO DE ENQUADRAMENTO NO ISSQN (MODELO)

GERÊNCIA DE CADASTROS

Nome/Razão social			
CMC	SN/MEI ☐ Sim ☐ 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

(Digitar aqui)

Nestes termos,
Pede deferimento.

Florianópolis, ____ de_____de ____.

_____
Assinatura do representante legal ou procurador