



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

Estância Balneária
Estado de São Paulo

SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL
DIVISÃO DA INSPETORIA FISCAL
inspetoriafiscal@saosebastiao.sp.gov.br



Exmo. Sr. Prefeito de São Sebastião-SP:

NOME COMPLETO (RAZÃO SOCIAL): _____

CPF/CNPJ: _____ Tel. Residencial: _____ Celular: _____ Comercial: _____

END.º COMPLETO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ E-MAIL: _____ COMPLEMENTOS _____

VEM, PELO PRESENTE, SOLICITAR DE V.Exa.,

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certidão de reconhecimento de quitação do | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Certidão de reconhecimento da decadência do | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Certidão de reconhecimento da imunidade do | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Certidão de reconhecimento de isenção do | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Certidão de reconhecimento de não-incidência do | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Certidão Negativa de Débitos (Dívida Ativa) | | |
| <input type="checkbox"/> Devolução de Importância | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Compensação de Débito | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| <input type="checkbox"/> Recurso | <input type="checkbox"/> Rev.Fiscal ISSQN/Proc. _____ | <input type="checkbox"/> Rev.Fiscal ITBI/Proc. _____ |
| | <input type="checkbox"/> Plantão Geral: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento de Guia ISSQN – Sistema Eletrônico de Gestão do ISSQN | | |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica | | |
| <input type="checkbox"/> Consulta Tributária | <input type="checkbox"/> ISSQN | <input type="checkbox"/> ITBI |
| | <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | |

MOTIVO:

NESTES TERMOS,
PEDE DEFERIMENTO.

VISTO E CARIMBO DO(A) INSPETOR(A)
FISCAL DE RENDAS

SÃO SEBASTIÃO-SP, _____ DE _____ DE 2018

ASSINATURA

NOME: _____

CPF: _____

“Fiscalize o seu município” – www.portaldocidadao.tce.sp.gov.br

Divisão de Inspeção Fiscal – Secretaria da Fazenda

R.Pref. João Cupertino dos Santos, nº 52 – Centro – São Sebastião/SP. CEP: 11608-611 – (12) 3893-2394/2407