PEDIDO DE RESTITUIÇÃO DE INDÉBITO DE TAXA DE SERVIÇOS DIVERSOS

SENHOR(A) PRESIDENTE:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome/Razão Social:\* |  |
| CPF / CNPJ:\* |  |
| Tel. Celular:\* |  |
| Tel. / Fax:\* |  |
| Endereço:\* |  |
| Bairro:\* |  |
| CEP:\* |  |
| Município:\* |  |
| UF:\* |  |
| E-mail:\* |  |

**REQUER a devolução da Taxa de Serviço Estadual código 1140, no(s) valore(s) de R$ 000,00 pago(s) na(s) data(s) de \_\_/\_\_/\_\_\_\_.\***

**Data do Pedido: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.\***

Fundamento legal: art. 92 da lei 6.537/73.

Se necessário, detalhe resumidamente o motivo: