

# À Prefeitura Municipal de Sorocaba

Ref.: Solicitação de Cancelamento de Nota Fiscal

Eu, **Daniela Pereira da Silva**, inscrita no CPF nº **297.977.838-98**, na qualidade de **representante legal** da empresa **Clínica Doutor Dental Odontologia LTDA**, inscrita no CNPJ nº **38.183.955/0001-02**, estabelecida à **Rua Eurides Fogaça, nº 52, Bairro Trujillo, CEP 18060-270, Sorocaba/SP**, venho, respeitosamente, solicitar o cancelamento das Notas Fiscais abaixo relacionadas:

- Nota Fiscal – Série 4107/U, emitida em 15/01/2026;
- Nota Fiscal – Série 4109/U, emitida em 19/01/2026.

Declaro que as referidas notas fiscais foram emitidas indevidamente ao tomador **DENTAL UNI – Cooperativa Odontológica**, inscrita no CNPJ nº **78.738.101/0001-51**, não correspondendo à efetiva operação realizada, motivo pelo qual não devem produzir efeitos fiscais.

Diante do exposto, solicito o cancelamento das notas fiscais, para fins de regularização fiscal e contábil junto a este Município.

Declaro que as informações acima são verdadeiras, estando ciente das responsabilidades legais.

Sorocaba, 09 de fevereiro de 2026.

---

Daniela Pereira da Silva  
CPF nº 297.977.838-98  
Representante Legal  
Clínica Doutor Dental Odontologia LTDA

**Ciente e de acordo:**

---

Nome do Representante Legal da DENTAL UNI  
CPF nº \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
DENTAL UNI – Cooperativa Odontológica  
CNPJ nº 78.738.101/0001-51