

REQUERIMENTO DE NOTA FISCAL AVULSA

Prazo de entrega: 2 (dois) dias úteis a contar do dia seguinte ao protocolo.

PRESTADOR DO SERVIÇO - (preenchimento obrigatório)

Nome/Razão Social: _____ CPF _____
Endereço: _____ nº. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: MG _____
CEP _____ Telefone: _____ RG nº _____ UF: MG _____
É cadastrado como autônomo ou profissional liberal na Prefeitura? () Sim () Não

TOMADOR DO SERVIÇO - (preenchimento obrigatório)

Nome/Razão Social: _____
CPF/CNPJ: _____ Cód. Contribuinte Geral: _____
Endereço: _____ nº. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone: _____

DADOS DO SERVIÇO - (preenchimento obrigatório)

| Quant. | Unid. | Descrição do Serviço | Vlr. Unitário | Vlr. Total |
|--------|-------|----------------------|---------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PORTADOR - (preenchimento obrigatório quando não for o titular a retirar a NF)

Nome: _____ RG.: _____
Tel.: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____

() Deferido () Indeferido

Data: ____/____/____