

ESTADO DO CEARÁ  
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE  
SECRETARIA DAS FINANÇAS

REQUERIMENTO DE NOTA FISCAL AVULSA

Nº Contribuinte

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME:	
CPF:	
ENDEREÇO:	

DADOS DO TOMADOR / USUÁRIO DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:	
CPF/CNPJ:	
ENDEREÇO:	

DADOS DO SERVIÇO

Discriminação (inclusive observações):

Data do Serviço	Discriminação do Serviço	Valor

DETALHES DOS IMPOSTOS

CLSS	INSS	PIS	IR	COFINS	OUTROS

Valor da Nota Fiscal R\$: \_\_\_\_\_

Competência da Nota Fiscal: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que efetivamente prestei o(s) serviço(s) acima descrito(s), estando ciente de que, caso seja verificada a não veracidade dessas informações, estarei sujeito(a) às sanções penais (art. 299 CP) decorrentes da falsa declaração por mim prestada.

São Gonçalo do Amarante-Ce, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do contribuinte semelhante ao documento de identidade