

SOLICITAÇÃO DE NOTA FISCAL AVULSA

Nº _____

Nome/Razão Social do Prestador do Serviço (quem prestou o serviço): _____

CPF/CNPJ: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____

Nome/Razão Social do Tomador do Serviço (a quem foi prestado o serviço): _____

CPF/CNPJ: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____

Atividade (tipo de serviço prestado): _____

Código CNAE: _____

Valor do Serviço (para esta nota): **R\$** _____
(_____)

Data em que o serviço foi prestado: ____ / ____ / ____
Florianópolis, ____ / ____ / ____

Assinatura

Portador

Nome: _____

CPF: _____ Tel.: _____

Assinatura: _____

IMPORTANTE: As informações para a emissão da Nota Fiscal Avulsa são de inteira responsabilidade do Cidadão. Equívocos gerados por conta do Requerente não serão objetos de devolução/compensação. Para a emissão da nota fiscal avulsa é cobrada uma taxa de expediente no valor de R\$ 18,45 (Catorze reais e sessenta e oito centavos) além do I.S.Q.N. (Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza) correspondente ao serviço prestado

Se o solicitante (portador) for um terceiro, deverá apresentar Procuração.

INDISPENSÁVEL CARIMBO E ASSINATURA DO ATENDENTE