



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO

Av. Vitória, 167 - Fone/Fax (042) 554-1222

CEP 84620-000 - Cruz Machado - PR

### REQUERIMENTO DE NOTA FISCAL AVULSA

#### I - Dados do Prestador de Serviço

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

\_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### II - Dados do Tomador de Serviço

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

\_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### III - Dados do Serviço:

Qtde. Discriminação do Serviço Preço unitário Valor Total

QTDE	DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
TOTAL:			

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

CRUZ MACHADO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Contribuinte