

ENDEREÇO:

CPF/CNPJ:

ATIV. CONF. CTM:

TELEFONES:

E-MAIL:

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

CPF/CNPJ:

ATIV.PRINC.:

TELEFONES:

E-MAIL:

DADOS PARA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

UNID	QUANT	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VR. UNIT.	VR. TOTAL

ISS (ALÍQUOTA)

DADOS PARA CANCELAMENTO DA NOTA FISCAL

Nº NF	EMISSÃO	VR R\$	ISS - R\$
	___ / ___ / _____		

MOTIVO:

Aquiraz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) requerente

**Documentação a ser anexada para emissão da Nota Fiscal**

Documentos do Requerente: CPF, RG

Comprovante de endereço

Cartão CNPJ do Tomador

Empenho (no caso de serviço prestado à PMA)

**Documentação a ser anexada para cancelamento da Nota Fiscal**

Documentos do Requerente: CPF, RG

Nota Fiscal (3 vias)

DAM (original)

Declaração do Tomador

PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIRAZ

Secretaria de Finanças

Rua João Lima, 253 - Centro - Aquiraz - Ceará - Telefone (85) 4062 8090
