

À PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO BUTIÁ

Eu, _____,
cadastrado (a) no CPF / CNPJ número _____,
localizado (a) à Rua _____,
número _____,
bairro _____, solicito
através deste, sob as penas da Lei, pagamento proporcional de ISSQN
Fixo para atividade de manicure correspondente a _____ h/dia.

N. TERMOS

P. DEFERIMENTO

São Pedro do Butiá, _____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Telefone: (____) _____
(____) _____