

## ANEXO I

## MODELO DE NOTA FISCAL DE SERVIÇOS AVULSA (NFS-A)

|                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|------|-------------|--|
|  |                                  | PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA<br>SUBSECRETARIA DA RECEITA MUNICIPAL<br>DEPARTAMENTO TRIBUTÁRIO<br>Av. Carlos Gomes, 181 – Bairro Arigolândia – Porto Velho (RO)<br>– CEP 76.801-012 – Fone: 3901-2087<br>www.semfazonline.com e www.portovelho.ro.gov.br |  | NOTA FISCAL DE SERVIÇOS AVULSA<br>SÉRIE ÚNICA<br>Nº NNNNNN/AAAA |      | #QR CODE#   |  |
| DATA EMISSÃO:<br>dd/mm/aaaa – HORA:hh:mm:ss                                      |                                  | Mês/Competência<br>MM/AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DAM Nº NNNNNNNN                                                 |      |             |  |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS                                                            |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| NOME/RAZÃO SOCIAL:                                                               |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CPF/CNPJ:                                                       |      |             |  |
| LOGRADOURO E Nº:                                                                 |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | INSCRIÇÃO MUNICIPAL (DISTRITO-CADASTRO)                         |      |             |  |
| BAIRRO:                                                                          |                                  | CIDADE/UR                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                 | CEP: |             |  |
| COMPLEMENTO:                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | EMAIL:                                                          |      |             |  |
| TOMADOR DE SERVIÇOS                                                              |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| NOME/RAZÃO SOCIAL:                                                               |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CPF/CNPJ:                                                       |      |             |  |
| LOGRADOURO E Nº:                                                                 |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | INSCRIÇÃO MUNICIPAL (DISTRITO-CADASTRO)                         |      |             |  |
| BAIRRO:                                                                          |                                  | CIDADE/UR                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                 | CEP: |             |  |
| COMPLEMENTO:                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | EMAIL:                                                          |      |             |  |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS – TABELA ART. 8º LC Nº 369/2009                           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| ITEM DA LISTA DE SERVIÇO                                                         |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| NN.NN                                                                            |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX             |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| Mês/compe                                                                        |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| SEQ.                                                                             | DESCRIÇÃO DETALHADA DOS SERVIÇOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | VL. UNIT.                                                       | QTDE | TOTAL (R\$) |  |
|                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
|                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
|                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
|                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
|                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| VALOR DOS SERVIÇOS:                                                              |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| ALÍQUOTA (%):                                                                    |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| VALOR APURADO DO ISSQN                                                           |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| IRRF                                                                             |                                  | PASEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | INSS                                                            |      | PIS         |  |
| CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                        |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |
| FUNCIONÁRIO: PORTALSEMFAZONLINE                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |      |             |  |