

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇO – RPS

nº. _____ , data ____ / ____ / _____.

Prestador de Serviço

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

CEP:

Município:

UF:

Telefone:

Tomador de Serviço

Nome / Empresa:.....

CPF / CNPJ:

Endereço:

CEP:.....

Município:

UF:

Email:

Discriminação dos Serviços

..... Valor:

..... Valor:

..... Valor:

..... Valor:

..... Valor:

..... Valor:

..... Valor:

Cálculos da Nota - Valor Total:

Este RPS será convertido em NFe até o vigésimo dia subsequente a sua emissão. Consulte a conversão deste RPS em www.pmmmed.enota.softhaas.com clicando na opção “Tomadores” e após em “Consulta RPS”.

Caso encontre divergências entre a NFe emitida e o RPS utilize a opção “Reclamações” no menu.