SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA DE MINAS GERAIS

# PROGRAMAÇÃO MENSAL DE PROCEDIMENTOS
## PMP - ISENÇÃO DE ICMS

PTA Nº

| Nº SEQUENCIAL | MÊS | ANO |
|---|---|---|
| | | |

ÓRGÃO EMITENTE / MUNICIPAL: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME DO MUNICÍPIO:

DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE:

NOME DO INTERESSADO:

CNPJ:

ENDEREÇO (RUA, AV. PRAÇA):

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

FONE/FAX: ( )

E-MAIL:

PROCEDIMENTOS

| CÓDIGO (1) | DESCRIÇÃO (1) | QUANTIDADE | | |
|---|---|---|---|---|
| | | PROGRAMADA (1) | PRESTADA (2) | CONFERÊNCIA (3) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PREENCHIMENTO POR : ( 1 ) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ( 2 ) INTERESSADO ( 3 ) AUDITORIA MUNICIPAL

*CÁLCULO DOS PROCEDIMENTOS EFETUADO NOS TERMOS DO ITEM 122 DA PARTE 1 DO ANEXO I DO REGULAMENTO DO ICMS APROVADO PELO DECRETO Nº 43.080, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2002 DA RESOLUÇÃO CONJUNTA Nº , DE *.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

/ / _____ _____
DATA ASSINATURA

INTERESSADO

/ / _____ _____
DATA ASSINATURA

AUDITORIA DO MUNICÍPIO

/ / _____ _____
DATA ASSINATURA

MOD. 06. 01. 68

FLUXO : 1ª VIA : SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO DOMICÍLIO DO INTERESSADO
2ª VIA : AF DE ORIGEM DO PTA
3ª E 4ª VIA : INTERESSADO
5ª VIA: DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE