



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
Secretaria Municipal de Fazenda – SEMFAZ
Coordenadoria Municipal de Fiscalização

TERMO DE APURAÇÃO DE DENÚNCIA Nº _____

Reclamante: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____

Obs.: _____

DESCRIÇÃO DOS FATOS (OBJETO DA DENÚNCIA)

_____ Data da Lavratura ____/____/____.

PROVIDÊNCIAS (APURAÇÃO)

Porto Velho, ____/____/____.

Lavrado por: _____

(Carimbo/Nome legível/Assinatura)

Apurado por: _____

AGENTE FISCAL
(Carimbo e Assinatura)