



NOME DO CONTRIBUINTE: _____

NOME FANTASIA: _____ C.M.C.: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ TEL: _____ E-MAIL: _____

INSC. ESTADUAL: _____ RG/CPF: _____ CNPJ: _____

RAMO DE ATIVIDADE: _____

PESSOA: FÍSICA TIPO DE EMPRESA: 1.COMERCIAL 4.COMERCIAL/INDUSTRIAL 7.AUTÔNOMO
 JURÍDICA 2.INDUSTRIAL 5.COMERCIAL/PREST.SERV. 8.AMBULANTE
 3.PREST. SERV. 6.INDUSTRIAL/PREST.SERV. 9.OUTROS

ESTA DECLARAÇÃO PERTENCE A ESTABELECIMENTO: ÚNICO MATRIZ FILIAL OUTROS

DATA DO INÍCIO DA ATIVIDADE: _____ CAPITAL SOCIAL: _____

DATA INSC. PROVISÓRIA: _____ Nº PROTOC. ANTERIOR: _____ Nº EMPREGADOS: _____

ESTA DECLARAÇÃO É DESTINADA À:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. ABERTURA | <input type="checkbox"/> EM _____ | 3. CANCELAMENTO | <input type="checkbox"/> EM _____ |
| 2. ALTERAÇÃO | | 4. <input type="checkbox"/> LIVROS <input type="checkbox"/> TALONÁRIOS | |
| > DE ATIVIDADE | <input type="checkbox"/> EM _____ | > ADOÇÃO | <input type="checkbox"/> EM _____ |
| > DE CAPITAL | <input type="checkbox"/> EM _____ | > EXCLUSÃO | <input type="checkbox"/> EM _____ |
| > DE ENDEREÇO | <input type="checkbox"/> EM _____ | > PERDA OU EXTRAVIO | <input type="checkbox"/> EM _____ |
| > DE RAZÃO SOCIAL | <input type="checkbox"/> EM _____ | > TRANSFERÊNCIA DE ESTABELECIMENTO | <input type="checkbox"/> EM _____ |
| > DE SÓCIOS OU DIRETORES | <input type="checkbox"/> EM _____ | > OUTRAS ALTERAÇÕES OU COMUNICAÇÕES | <input type="checkbox"/> EM _____ |

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA INDICADA NO QUADRO III

RECOLHIMENTO DE TRIBUTOS MUNICIPAIS

- | | | | |
|--|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> ISS - FIXO | CÓD. _____ | <input type="checkbox"/> TFF - TAXA FISCALIZAÇÃO FUNCIONAMENTO | CÓD. _____ |
| <input type="checkbox"/> ISS - ESTIMADO | CÓD. _____ | <input type="checkbox"/> TFP - TAXA FISCALIZAÇÃO PUBLICIDADE | CÓD. _____ |
| <input type="checkbox"/> ISS - VARIÁVEL | CÓD. _____ | <input type="checkbox"/> TLL - TAXA LICENÇA LOCALIZAÇÃO | CÓD. _____ |
| <input type="checkbox"/> TFFE - TAXA DE FISCALIZ. FUNCIONAMENTO ESPECIAL | CÓD. _____ | <input type="checkbox"/> TAA - TAXA AUTORIZAÇÃO AMBULANTE | CÓD. _____ |

ESCRITÓRIO: _____

CNPJ: _____ C.M.C.: _____ TEL: () _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ E-MAIL: _____

RESPONSÁVEL CONTÁBIL: _____

CRC: _____ RG: _____ CPF: _____

LIVROS MUNICIPAIS EM USO NO ESTABELECIMENTO:

VIII

LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	TIPO DE PUBLICIDADE	DIMENSÃO (M ²)
<input type="checkbox"/>	NÃO LUMINOSO NEM ILUMINADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LUMINOSO OU ILUMINADO <input type="checkbox"/>	PRÓPRIO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		PRÓPRIO DE TERCEIRO <input type="checkbox"/>
	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	
	<input type="checkbox"/> HORÁRIO NORMAL - DIAS ÚTEIS DAS 8:00 H ÀS 18:00 H.	
	<input type="checkbox"/> AOS SÁBADOS DAS 8:00 H ÀS 12:00 H.	
	<input type="checkbox"/> HORÁRIO ESPECIAL	

IX

DADOS RELATIVOS À PESSOA DO TITULAR DOS SÓCIOS OU DIRETORES

NOME: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: () _____ E-MAIL: _____

NOME: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: () _____ E-MAIL: _____

NOME: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: () _____ E-MAIL: _____

X

DADOS RELATIVOS À PESSOA DO SIGNATÁRIO

NOME: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: () _____ E-MAIL: _____

ASSINATURA

XI

DADOS RELATIVOS À PESSOA DO TRANSMITENTE

NOME: _____ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: () _____ E-MAIL: _____

ASSINATURA

XII

CARIMBO PADRONIZADO DO CNPJ

DATA DA EXPEDIÇÃO DESTA DECLARAÇÃO