



IMPOSTO S/ SERVIÇO DE QUALQUER NATUREZA
DECLARAÇÃO CADASTRAL

--

Inscrição Municipal

I	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	RAMO DE ATIVIDADE:		
	ENDEREÇO:		N.º
	COMPL:	CEP:	CIDADE:
	BAIRRO:		FONE:
E-MAIL:			

II	DATA DE INICIO DA ATIVIDADE: ____/____/____			<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> N.º Declaração Anterior		<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> N.º desta Declaração	
<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> Capital		<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> Cód. Atividade		<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> CNPJ ou CPF		<table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> Insc. Estadual	

III	ESTA DECLARAÇÃO SE DESTINA A:	
	1-Abertura..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	4- Livros:
	2-Alteração:	-adoção..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____
	- de atividade..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	-exclusão..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____
	- de capital..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	- perda ou extravio... <input type="checkbox"/> em ____/____/____
	- de endereço..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	- de razão social..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____
- de razão social..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	5- Transferência de	
- de sócios e diretores... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	Estabelecimento..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	
3- Cancelamento..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	6- Outras Alterações	
	ou Comunicações..... <input type="checkbox"/> em ____/____/____	
_____, em _____ de _____ de _____ Localidade		
(Nota: Aponha um X no respectivo quadrado, à frente de ocorrência que tenha motivado esta declaração)		

IV	HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA INDICADA NO QUADRO III

V	NOME DO CONTADOR:
	CNPJ:
	ENDEREÇO:
	N.º: _____ ANDAR: _____ SALA/CONJ. _____ CEP. _____
	BAIRRO: _____ CIDADE: _____
E-MAIL:	FONE:

DADOS RELATIVOS À PESSOA DO TITULAR DOS SÓCIOS OU DIRETORES

VI	Nome: _____	_____
	Profissão: _____	Documento de identidade
	Residência: _____ Rua, número, bairro e estado	CPF _____
	Nome: _____	_____
	Profissão: _____	Documento de identidade
	Residência: _____ Rua, número, bairro e estado	CPF _____
	Nome: _____	_____
	Profissão: _____	Documento de identidade
	Residência: _____ Rua, número, bairro e estado	CPF _____
	Nome: _____	_____
	Profissão: _____	Documento de identidade
	Residência: _____ Rua, número, bairro e estado	CPF _____
	Nome: _____	_____
	Profissão: _____	Documento de identidade
	Residência: _____ Rua, número, bairro e estado	CPF _____
	Nome: _____	_____
	Profissão: _____	Documento de identidade
	Residência: _____ Rua, número, bairro e estado	CPF _____

DADOS REFERENTE À PESSOA DO SIGNATÁRIO

VII	Nome: _____		
	Residência: _____	Nº _____	
	Bairro: _____	CEP _____	- _____
	Documento de Ident	_____	_____
	Órgão expedidor	Número	Assinatura

DADOS REFERENTE À PESSOA DO TRANSMITENTE

VIII	Nome: _____		
	Residência: _____	Nº _____	
	Bairro: _____	CEP _____	- _____
	Documento de Ident	_____	_____
	Órgão expedidor	Número	Assinatura

IX	OBSERVAÇÕES	VISTO FISCAL