



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: ____/____/____		<input type="text"/> Nº. Declaração Anterior	<input type="text"/> Nº. desta Declaração
	<input type="text"/> Capital	<input type="text"/> Cód. Atividade	<input type="text"/> CNPJ ou CPF	<input type="text"/> 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: _____	
	Nº: _____	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 _____

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

OBSERVAÇÕES

VISTO FISCAL

IX