



MUNICIPIO DE IGUAPE

* ESTÂNCIA BALNEÁRIA *

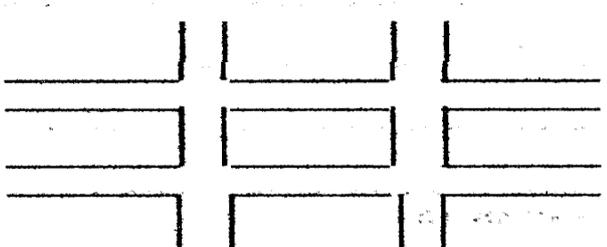
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

COMERCIO
INDÚSTRIA
SERVIÇOS

INSCRIÇÃO DE CONTRIBUINTE CAES- CADASTRO DAS ATIVIDADES ECONOMICAS E SOCIAIS

I	CNPJ (MF) OU CPF	PARA USO DA P.M.E.I.			
		Início atividade	Cód. Log.	Cód. Ativ.	Inscr. Nº
	REG. JUCESP OU RG	Baixa da Inscrição	Recadastramento	Inscrição anterior	
II	Nome da Firma:				
	Nome Fantasia:				
	Ramo de Atividade:				
	Endereço:				
	Bairro:		Telefone:		
	Imóvel: Inscrição Cadastral nº				
III	Esta Declaração se destina a:				
	1- Abertura	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.		
	2- Alteração	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.		
	- De Atividade	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.		
	- De Capital	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.		
	- De Endereço	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.		
	- De Razão Social	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.		
- De Diretores e Sócios	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.			
3- Cancelamento ou baixa	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.			
4- Transferência de estabelecimento	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.			
5- Outras alterações e Comunicações	<input type="checkbox"/>	Em ___/___/_____.			
IV	(Histórico da ocorrência indicada no quadro acima).				

V	Esta declaração pertence a estabelecimento				
	[] Único [] Matriz [] filial ou outro				
VI	Atestamos sob as penas previstas na Lei Federal nº 4270 de 14/07/1965, serem Verídicas as informações			VISTO	
	Iguape, ____ de _____ de 2.0 ____				

VII	Nome: _____		Doc. Identidade _____		
	Endereço _____				
	Rua, Número, bairro, Cidade, Estado, Telefone _____				
	Nome: _____		Doc. Identidade _____		
	Endereço _____				
	Rua, Número, bairro, Cidade, Estado, Telefone _____				
	Nome: _____		Doc. Identidade _____		
	Endereço _____				
	Rua, Número, bairro, Cidade, Estado, Telefone _____				
	Nome: _____		Doc. Identidade _____		
	Endereço _____				
	Rua, Número, bairro, Cidade, Estado, Telefone _____				
VIII	Dados Referentes à pessoa do Signatário.				
	Nome: _____		Tel.: _____		_____
	Residência: _____			Nº _____	_____
	Bairro: _____			CEP _____	_____
	Doc. Ident.	Nº _____	Órgão Exp.	_____	Assinatura
IX	Dados Referentes à pessoa do Transmittente.				
	Nome: _____		Tel.: _____		_____
	Residência: _____			Nº _____	_____
	Bairro: _____			CEP _____	_____
	Doc. Ident.	Nº _____	Órgão Exp.	_____	Assinatura
X	Localização do Estabelecimento			<p>Conforme o artigo nº173 da lei 1.200/91 do código Tributário municipal," Na hipótese de cessação das atividades da firma, Vossa Senhoria deverá solicitar o <u>cancelamento e baixa</u> da inscrição Municipal no Prazo de 15(Quinze) dias.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	
					
XI	Observações: _____			Visto do Fiscal _____	