



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS-SP

Avenida Florêncio Terra, nº 399 - centro Itápolis / São Paulo
CNPJ nº 49.979.255/0001-37 CEP: 14900-000
Fone: (0XX16) 3263-8000

Secretaria de Finanças - Departamento de Tributação
e-mail: d.tributacao@itapolis.sp.gov.br

PARA USO DO SETOR DE PROTOCOLO

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Os campos marcados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório, não sendo aceitos formulários ilegíveis, com emendas ou rasuras, devendo vir acompanhado de documentos conforme a solicitação pretendida, sob penas de indeferimento. Todo pedido será apreciado no prazo de 10 (dez) dias úteis.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS - SP

PARA USO DO REQUERENTE

(digitar ou preencher com letra legível)

Nome/Razão Social:

Tipo de Logradouro:

Nome do Logradouro:

N:

Bairro:

Andar:

Sala:

Cidade:

CEP:

CPF/CNPJ:

RG/Inscrição Estadual nº:

TEL:

O REQUERENTE, RESPEITOSAMENTE, SOLICITA QUE SE AUTORIZE O SETOR COMPETENTE A PROVIDENCIAR O(A):

Abertura de Inscrição Municipal e expedição de Licença de Localização e Funcionamento para **Pessoa Física ou Jurídica**, nos termos da Lei Municipal nº 1602/93, e Decreto nº 5.324 de 21 de agosto de 2018, para o contribuinte abaixo descrito, anexando para tanto a Declaração de Cadastro de Contribuinte Mobiliários e documentos complementares:

Nome/Razão Social:

CNPJ/CPF:

RG/Insc.Estadual:

Endereço:

Atividade:

DECLARO, ter conhecimento de que a inscrição municipal não propicia o direito ao início de atividade, já que depende da expedição do Alvará de Localização e Funcionamento, estando ciente que deverá ser comunicar à Prefeitura dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a cessação das atividades, contados da efetiva paralisação, sem prejuízo da cobrança dos tributos devidos ao Município. Outrossim, declaro ter o conhecimento de que a inscrição municipal terá validade de 60 (sessenta) dias, contados do seu deferimento, devendo ser apresentado o A.V.C.B - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiro, sendo que os estabelecimentos sujeitos ao licenciamento ambiental e de saúde, devem ainda apresentar a Licença da CETESB e a da Vigilância Sanitária, respectivamente, sob penas de iniciar-se processo de cassação de inscrição e interdição de estabelecimento pela autoridade fiscal municipal.

Os dados informados por ocasião da inscrição inicial deverão ser atualizados pelo inscrito sempre que ocorrerem fatos ou circunstâncias que impliquem sua alteração, devendo ser informado mediante requerimento do interessado, dentro dos seguintes prazos:

I – 10 (dez) dias, no caso de pessoas físicas;

II – 30 (trinta) dias, no caso de pessoa jurídica ou firmas individuais.

Nestes Termos

P. Deferimento

Itápolis - SP,

A _____

Para _____

Data ____/____/____

Representante:*

Documento (CPF/RG):*

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITÁPOLIS-SP**Avenida Florêncio Terra, nº 399 - centro Itápolis/SP CEP: 14900-000 Fone: (0XX16) 3263-8000
Secretaria de Finanças - Rendas Mobiliárias**DECLARAÇÃO DE CADASTRO DE
CONTRIBUINTES MOBILIÁRIOS**Optante pelo Simples Nacional: Nº de Inscrição: (Deixar em branco, caso
seja abertura de inscrição)**ABERTURA DE CADASTRO****1- IDENTIFICAÇÃO DA INSCRIÇÃO**

Nome/Razão Social:

CNPJ/CPF:

RG/Insc.Estadual:

Qtd.sócios/empregados:

Horário de Funcionamento: De Segunda as Sextas-Feiras, das 08:00 às 18:00, e sábado das 08:00 às 18:00 horas. Nº de Veículos (no caso de empresa de transporte):

2- ENQUADRAMENTO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS DESENVOLVIDAS

CNAE / Principal(somente números):

CNAE / Secundárias(somente número):

Descrição do objeto social e campo complementar:

3- LOCALIZAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICATipo de Logradouro: Nome do Logradouro: N:

Sala: Andar: Bairro: Cidade/UF: CEP:

Endereço de Correspondência: O mesmo da atividade: Sim, se NÃO, informar abaixo.Tipo de Logradouro: Nome do Logradouro: N:

Sala: Andar: Bairro: Cidade/UF: CEP:

4- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL CONTÁBIL

Nome/Razão Social:

CNPJ/CPF:

RG:

Número CRC:

Tel:

Tipo de Logradouro: Nome do Logradouro: N:

Sala: Andar: Bairro: Cidade/UF: CEP:

e-mail:

5- SÓCIOS (Havendo mais de 03 sócios utilizar o campo 6 de alterações).

1- Nome: CPF:

2- Nome: CPF:

3- Nome: CPF:

6- ALTERAÇÃO DE DADOS DA INSCRIÇÃO MUNICIPAL (QUANDO FOR O CASO)

ALTERAÇÕES

DESCRIÇÃO DAS ALTERAÇÕES

-
- atividade
-
-
- endereço
-
-
- razão social
-
-
- sócios ou diretores
-
-
- horário de funcionamento
-
-
- outras

7-Expedição de senha para utilização do serviço eletrônico Sim Não**8- Sistema de NF ou ISS** Sistema de Declaração Eletrônica de Serviços - Tomador/Prestador Sistema de Expedição de Nota Fiscal de Serviços Eletrônica-NFS-e

9- RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES (SOMENTE O TITULAR, SÓCIO, DIRETOR OU PROCURADOR).

Nome:

CPF:

O responsável pelas informações toma conhecimento de que, sob a referida inscrição estará sujeito à incidência dos tributos previstos no código tributário municipal. Fica ainda ciente de que, os dados informados nesta declaração, deverão ser atualizados sempre que ocorrerem fatos ou circunstâncias que impliquem em alteração, devendo comunicar o encerramento das atividade, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da efetiva paralisação, a qual será concedida após a verificação da procedência, sem prejuízo da cobrança dos tributos devidos ao Município até a data de cancelamento. DECLARO que, as informações contidas neste formulário correspondem a expressão da verdade, sendo de minha inteira responsabilidade a exatidão das informações, sujeitando-se ao crime de falsidade previsto no Código Penal.

Assinatura:

Data: