



## 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):

Alteração de Inscrição Municipal e expedição de Licença de Localização e Funcionamento, nos termos da Lei Municipal nº 1602/93, e Decreto nº 5.324 de 21 de setembro 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 alteração de inscrição municipal não propicia o direito ao início de atividade, já que depende da expedição do Alvará Provisório, estando ciente que deverá 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.

Os dados informados por ocasião da inscrição 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)**ALTERAÇÃO 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 ECONÔMICA**Tipo 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

<input type="checkbox"/> atividade <input type="checkbox"/> endereço <input type="checkbox"/> razão social <input type="checkbox"/> sócios ou diretores <input type="checkbox"/> horário de funcionamento <input type="checkbox"/> outras	<input type="text"/>
--	----------------------

**7- 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 atividades, 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: