



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
SETOR DE CADASTRO E TRIBUTAÇÃO

DECLARAÇÃO CADASTRAL

COMÉRCIO PROFISSIONAL LIBERAL OUTROS
 INDÚSTRIA PRESTADOR DE SERVIÇOS

INSCRIÇÃO MUNICIPAL _____

1

Nome da Firma: _____
 Nome Fantasia: _____
 Ramo de Atividade: _____
 Atividade Secundária: _____
 End. do Estabelecimento ou local da atividade: _____
 Andar _____ Sala/Conj.: _____ Bairro: _____ Fone: _____
 End./Correspondência: _____

2

Nº DE EMPREGADOS	Nº DE PROFIS. SOC. CIVIS	DATA DA CONSTITUIÇÃO DA EMPRESA	REGISTRO NA JUCESP	DATA
CAPITAL	CNPJ (MF)		INSCRIÇÃO ESTADUAL	

3

ESTA DECLARAÇÃO DESTINA-SE À:

1. ABERTURA.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	- Exclusão.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___
2. ALTERAÇÃO.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	- Perda ou Extravio.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___
- De Atividade.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	5. TRANSFERÊNCIA DE.....	
- De Capital.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	ESTABELECIMENTO.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___
- De Endereço.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	6. PUBLICIDADE.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___
- De Razão Social.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	7. ENDEREÇO PARA	
- De Sócios ou Diretores.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	CORRESPONDÊNCIA.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___
3. CANCELAMENTO.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	8. DIVERSÕES PÚBLICAS.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___
4. LIVROS.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	9. OUTRAS ALTERAÇÕES	
- Adoção.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___	OU COMUNICAÇÕES.....	<input type="checkbox"/> EM ___/___/___

Santa Cruz da Conceição, _____ de _____ de _____

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA INDICADA NO QUADRO (3)

4

5

A PARTIR DESTA DATA **LIVRO DE I.S.S. EM USO NO ESTABELECIMENTO** ANTERIORMENTE

6

ESTA DECLARAÇÃO PERTENCE A ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> ÚNICO <input type="checkbox"/> MATRIZ <input type="checkbox"/> FILIAL <input type="checkbox"/> AMBULANTE	INDICAR ENDEREÇO E Nº DE INSCRIÇÃO DA MATRIZ _____ _____ _____ _____	SETOR DE TRIBUTAÇÃO _____/_____/_____ _____ Resp. pelo Setor
--	---	---

1ª via branca (Cadastro e Tributação) - 2ª via amarela (Contribuinte)

DADOS RELATIVOS À PESSOA DO TITULAR, DOS SÓCIOS OU DIRETORES

Nome: _____ Doc. Ident.: _____

Residência: _____ Cic: _____

Nome: _____ Doc. Ident.: _____

Residência: _____ Cic: _____

7 Nome: _____ Doc. Ident.: _____

Residência: _____ Cic: _____

Nome: _____ Doc. Ident.: _____

Residência: _____ Cic: _____

Nome: _____ Doc. Ident.: _____

Residência: _____ Cic: _____

Nome: _____ Doc. Ident.: _____

Residência: _____ Cic: _____

DADOS REFERENTES À PESSOA DO SIGNATÁRIO

Nome: _____ Fone: _____

Residência: _____ n° _____

Bairro: _____ CEP. _____

DOC. IDENTIDADE: _____
Órgão Expedidor Número Assinatura

DADOS REFERENTES À PESSOA DO TRANSMITENTE

Nome: _____ Fone: _____

Residência: _____ n° _____

Bairro: _____ CEP. _____

DOC. IDENTIDADE: _____
Órgão Expedidor Número Assinatura

10 LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

VISTORIA DA SEC. SERV. PÚBLICOS

Licença prévia concedida conforme aprovação em requerimento protocolado sob o

N° _____ Em ____ / ____ / ____

VISTO: FISCALIZAÇÃO DE RENDAS

11 OBSERVAÇÕES

C.R.C. - CONTADOR