



A
GERÊNCIA DE RECEITA
Praça Euclides Antonio Fabris nº 415, Centro,
Naviraí – MS, CEP: 79950-000

Protocolo Nº _____

Data: ____/____/____

Responsável: _____

REQUERIMENTO PADRÃO
ALTERAÇÃO de INSCRIÇÃO MUNICIPAL

O contribuinte abaixo qualificado, vem mui respeitosamente a presença de Vossa Senhoria

REQUERER:

<input type="checkbox"/> Alteração de Endereço	<input type="checkbox"/> Alteração de Atividades
<input type="checkbox"/> Alteração dos Sócios, Cotas, Administrador	<input type="checkbox"/> Inclusão de Atividades
<input type="checkbox"/> Alteração da Razão Social e Nome Fantasia	<input type="checkbox"/> Exclusão de Atividades
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____
Inscrição Municipal/Cadastro Econômico (CAE):	
Nº da Consulta Prévia de Viabilidade:	

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

Nome ou Razão Social:			
Nome Fantasia:			
<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	CPF / CNPJ:	Capital Social R\$	
Endereço do Estabelecimento:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade	Estado	CEP:
Tel. Comercial ()	Tel. Celular ()		email
Ramos de Atividades <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Serviços	<input type="checkbox"/> Autarquias e Fundações <input type="checkbox"/> Órgãos Públicos <input type="checkbox"/> Ambulante	<input type="checkbox"/> Outros _____	
Descrição da Atividade Econômica Principal			CNAE
Descrição das Atividades Secundárias (se necessário preencher o anexo I)			CNAE



Identificação do(s) Sócio(s) Administrador(es)			
Nome (Sócio Administrador 1)		Tel. Resid. ()	Tel. Celular ()
Endereço Residencial			Nº
Complemento	Bairro	Cidade	Estado
CEP	e-mail	OBS:	
Nome (Sócio Administrador 2)		Tel. Resid. ()	Tel. Celular ()
Endereço Residencial			Nº
Complemento	Bairro	Cidade	Estado
CEP	e-mail	OBS:	
Há outros Sócio Administradores? () Sim () Não			

Identificação do Escritório Contábil			
Escritório Contábil:		Tel. Escritório ()	Tel. Celular ()
Contador:			CRC:
CPF/CNPJ	Inscrição Municipal:	e-mail	
Endereço do Escritório:		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP

Preencher Se Ambulante			
Nº da Autorização expedido pela Gerência de Obras:		Data da Autorização: ___/___/___	
Endereço autorizado a Instalar/exercer a atividade:			
Ponto de Referência:	Bairro	Cidade	MS
Exploração da atividade: () diurna 6h as 18h () noturna 18h as 6h	OBS:		



- Declaro estar ciente da necessidade de apresentação dos documentos conforme no Decreto 122/2013 e Decreto nº 106/2015 bem como outros documentos que se fizerem necessários para emissão do Alvará de Localização, Instalação e Funcionamento.
- DECLARO, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que são conhecidas as penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, no art. 1º da Lei Federal nº 8.137/1990 e no art. 277 do Código Tributário Municipal LC nº 012/1998.

Naviraí - MS _____ de _____ de _____

Nome: Sócio Requerente

*Nome: Representante Legal ou Contador acompanhado de
Procuração registrado em Cartório, Documentos Pessoais
e CRC*

