



## CADASTRO DE CONTRIBUINTES MUNICIPAL (CCM) – REQUERIMENTO

### 1. NATUREZA DO REQUERIMENTO

INCLUSÃO     RENOVAÇÃO – EVENTUAL     ALTERAÇÃO     BAIXA\*

\*MOTIVO DA BAIXA: \_\_\_\_\_

ATIVIDADE

ENDEREÇO

RAZÃO SOCIAL/SÓCIOS

### 2. TIPO DE CADASTRO

ESTABELECIMENTO REGULAR     COMÉRCIO AMBULANTE     CONTRIBUINTE EXTRAMUNICIPAL

COM. EVENTUAL - DE / / A / /     OUTROS: \_\_\_\_\_

### 3. IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

NOME/RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA:		CNPJ:	
LOGRADOURO:	Nº:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
CAD. IMOBILIÁRIO:		FONE:	

### 4. IDENTIFICAÇÃO DO SÓCIO RESPONSÁVEL

NOME:		CPF:	
LOGRADOURO:	Nº:	BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:	FONE:

### 5. ATIVIDADES DO CONTRIBUINTE

CNAE

PRINCIPAL -	CNAE
SECUNDÁRIAS -	
-	
-	
-	

### 6. CONTADOR OU ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL RESPONSÁVEL PELA ESCRITA

NOME/RAZÃO SOCIAL:		CRC:	
LOGRADOURO:	Nº:	BAIRRO:	
CIDADE:	UF:	CEP:	FONE:

### 7. DOCUMENTOS ANEXOS:

<input type="checkbox"/> LAUDO SANITÁRIO	<input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> DOC. VEÍCULO
<input type="checkbox"/> ATESTADO BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> CONTRATO SOCIAL	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
<input type="checkbox"/> CARNÊ IPTU	<input type="checkbox"/> CPF/RG	
<input type="checkbox"/> HABITE-SE	<input type="checkbox"/> COMPROV. RESIDÊNCIA	

**QUALQUER RASURA DO CONTRIBUINTE INVALIDA ESTE FORMULÁRIO**

## 8. RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

NOME:	CPF:
QUALIFICAÇÃO:	
ASSINATURA	
Em: ____/____/____	

**Uso Exclusivo do Departamento de Arrecadação - PMJ**

### OBSERVAÇÕES


### PARECER FISCALIZAÇÃO TRIBUTÁRIA

EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  FAVORÁVEL  DESFAVORÁVEL

RAZÕES:
Assinatura e carimbo

### DIRETOR DE ARRECADAÇÃO

EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  DEFERIDO  INDEFERIDO

RAZÕES:
Assinatura e carimbo

### OUTROS:


\*IMPRIMIR ESTE REQUERIMENTO EM DUAS VIAS: 1ª - FRENTE E VERSO DO REQUERIMENTO; 2ª - SOMENTE A FRENTE\*

\*NA FALTA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, O REQUERIMENTO SERÁ DEVOLVIDO SEM PROTOCOLO\*