



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOTICABAL

Secretaria de Fazenda - Depto. de Arrecadação

Setor de Tributos de Movimentação Econômica

## DECLARAÇÃO CADASTRAL

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

I	NOME OU FIRMA: _____	
	RAMO OU ATIVIDADE: _____	
	ENDEREÇO: _____	
	ANDAR.: _____	SALA/CONJ.: _____ BAIRRO.: _____ CEP: _____
	CIDADE.: _____	ZONA: _____ TELEFONE: _____
II	DATA DO INÍCIO DE ATIVIDADE: _____	
	ÁREA	Nº DE EMPREG. JABOTICABAL MUNICÍPIO
	ÓRGÃO DE CLASSE	Nº REG. ÓRGÃO DE CLASSE CAPITAL SOCIAL
	RG OU INSC. ESTADUAL	CNPJ OU CPF
III	<b>OCORRÊNCIA</b>	
	1 - ABERTURA	<input type="checkbox"/> em _____
	2 - ALTERAÇÃO	
	- de atividade	<input type="checkbox"/> em _____
	- de capital	<input type="checkbox"/> em _____
	- de endereço	<input type="checkbox"/> em _____
	- de razão social	<input type="checkbox"/> em _____
	- sócios e diretores	<input type="checkbox"/> em _____
	3 - CANCELAMENTO	<input type="checkbox"/> em _____
	4 - TRANSFERÊNCIAS DE ESTABELECIMENTO	<input type="checkbox"/> em _____
5 - OUTRAS ALTERAÇÕES OU COMUNICAÇÕES	<input type="checkbox"/> em _____	
<b>TIPO DE CONTRIBUINTE</b>		
Pessoa Física <input type="checkbox"/>		
Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/>		
<b>AMBULANTE</b>		
Tipo		
<b>TIPO DE EMPRESA</b>		
Comercial <input type="checkbox"/>		
Industrial <input type="checkbox"/>		
Prestação de serviços <input type="checkbox"/>		
Mista <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
IV	ENDEREÇO P/ENTREGA DE DOCUMENTOS EM GERAL	
IV	<b>HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA</b>	
V	<b>ESPECIFICAÇÕES DA ATIVIDADE DE COMÉRCIO AMBULANTE</b>	
VI	EMAIL: _____	

	<b>DADOS RELATIVOS À PESSOA DO TITULAR, DOS SÓCIOS OU DIRETORES</b>			
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
VIII	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	Nome _____		RG _____	
	Rua, Número e Cep _____		CPF/CNPJ _____	
	Bairro. Cidade e U. F. _____		Telefone _____	
	<b>DADOS REFERENTES À PESSOA DO RESP. CONTÁBIL</b>			
IX	Nº Insc. _____		Nome _____	
	Endereço _____		Telefone _____	
	Bairro _____		Nº _____	
	Cidade _____		UF _____	
	Nº de CRC _____		CEP _____	
	E-mail _____		RG _____	
	ASSINATURA _____			
X	<b>OBSERVAÇÕES</b>			