



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	OCORRÊNCIA 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 _____	TIPO DE CONTRIBUINTE Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> AMBULANTE Tipo TIPO DE EMPRESA 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	HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA	
V	ESPECIFICAÇÕES DA ATIVIDADE DE COMÉRCIO AMBULANTE	
VI	EMAIL: _____	

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