



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUPIRANGA

CAES - CADASTRO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SOCIAIS

COMÉRCIO INDÚSTRIA SERVIÇOS AUTÔNOMO

I	CNPJ(MF) ou CPF	Inscr. Estadual ou R.G.	Para uso da P. M. J.		Inscr. Municipal Nº
			Início de Atividade	Cód. Ativ.	
	Nº Reg. JUCESP e Data	Data Baixa da Inscrição	Data Recadastramento		Inscr. Anterior

II	Nome ou Firma:	
	Nome Fantasia:	
	Ramo de Atividade:	
	Endereço:	
	Bairro:	Telefone:

Esta Declaração se destina a:

III	1. Abertura <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	4. Transf. de Estabelecimento <input type="checkbox"/>
	2. Alteração <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	em ____ / ____ / ____
	- de Atividade <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	5. Outras Alterações ou Comunicações <input type="checkbox"/>
	- de Capital <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	em ____ / ____ / ____
	- de Endereço <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	
	- de Razão Social <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	
	- de Sócios ou Diretores <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	
3. CANCELAMENTO <input type="checkbox"/> em ____ / ____ / ____	ou baixa.	

(NOTA: Aponha um "X" no respectivo quadrado, a frente da ocorrência que tenha motivada esta declaração.)

IV	Histórico da ocorrência indicada no quadro III	
	OBSERVAÇÕES	

V	Esta declaração Pertence a estabelecimento		
	<input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Matriz	<input type="checkbox"/> Filial ou outro

VI	Termo de Responsabilidade As informações contidas neste cadastro são a expressão da verdade	Visto - Tributação
	Jacupiranga, ____ de ____ de 20 ____	
	Assinatura do Contribuinte	Chefe ou Responsável

Dados relativos à pessoa do Titular, dos Sócios ou Diretores

VII

Nome _____ Documento de Identidade _____

Residência _____
rua, número, bairro, cidade, estado e telefone

Nome _____ Documento de Identidade _____

Residência _____
rua, número, bairro, cidade, estado e telefone

Nome _____ Documento de Identidade _____

Residência _____
rua, número, bairro, cidade, estado e telefone

Nome _____ Documento de Identidade _____

Residência _____
rua, número, bairro, cidade, estado e telefone

Nome _____ Documento de Identidade _____

Residência _____
rua, número, bairro, cidade, estado e telefone

Nome _____ Documento de Identidade _____

Residência _____
rua, número, bairro, cidade, estado e telefone

VIII

Exclusão de Titular/Sócios/Diretores

NOME	CPF/CNPJ	DATA
_____	_____	/ /
_____	_____	/ /
_____	_____	/ /

IX

Dados Referentes à pessoa do signatário

Nome _____ Tel. _____

Residência _____ Nº _____

Bairro _____ CEP _____

Doc. de Identidade _____ órgão expedidor _____ número _____ Assinatura _____

X

OBSERVAÇÕES:

XI

Obs.: (apor carimbo do escritório de contabilidade ou nome da pessoa responsável pela contabilidade desta.)

Visto Fiscal