

TERMO DE CIÊNCIA

(PROFISSIONAL AUTÔNOMO)

NOME

CPF

IDENTIDADE

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

E-mail (preenchimento obrigatório e em letra de forma)

TELEFONE(S) PARA CONTATO:

Declaro estar ciente de que:

I - Profissional autônomo, nos termos do artigo 85, inciso I, da Lei Municipal 3.080/10, é toda e qualquer pessoa física que habitualmente e sem subordinação jurídica ou dependência hierárquica, exerce atividade econômica de prestação de serviço, sob a forma de trabalho pessoal, autônomo, valendo-se de seu próprio esforço ou do auxílio de, no máximo, 03 (três) pessoas físicas, com ou sem vínculo empregatício. **Verificado o descumprimento destes requisitos, o profissional poderá ter sua licença cancelada, sem prejuízo da adoção das demais medidas administrativas cabíveis.**

II - Que o autônomo licenciado pelo Município como "**com estabelecimento fixo**" só pode exercer suas atividades no endereço declarado ao Cadastro Mobiliário para tal finalidade e que aquele licenciado como sendo "**sem estabelecimento fixo**" não pode exercer suas atividades em um mesmo local de forma permanente.

III - Que aquele declarado/cadastrado como "**autônomo sem estabelecimento fixo**" for constatado pela Fiscalização **que vem exercendo suas** atividades de forma permanente em um mesmo local, poderá ter sua licença alterada para autônomo com estabelecimento fixo, sem prejuízo da adoção de outras medidas administrativas cabíveis.

Lagoa Santa/ MG, ____ de _____ de _____

Assinatura do profissional autônomo
(Igual ao documento de identificação)