

TERMO DE CIÊNCIA

OUTORGANTE (Contribuinte)

NOME			
CPF/CNPJ			
ENDEREÇO EMPRESARIAL (RUA,Av,...)			
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
E-mail (preenchimento obrigatório e em letra de forma)			
TELEFONE(S) PARA CONTATO			

OUTORGADO (Procurador)

NOME			
CPF/CNPJ	IDENTIDADE		
NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL		
ENDEREÇO			
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
E-mail (preenchimento obrigatório e em letra de forma)			
TELEFONE(S) PARA CONTATO			

Declaro estar ciente que o Alvará de Funcionamento terá sua validade prorrogada por tempo indeterminado, desde que esteja devidamente acompanhado da Taxa de Fiscalização de Funcionamento anual, que vence em 15 de abril, e/ou da Certidão Negativa de Débitos Municipais. Declaro, estar ciente que, encerrando as atividades neste município, devo promover a baixa da inscrição no Cadastro Mobiliário comunicando-a de ofício dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da ocorrência de tal evento. Declaro ainda, estar ciente que os tributos devidos serão disponibilizados no processo e/ou enviados para o email informado, sendo de minha responsabilidade o acompanhamento, estando notificado do(s) lançamento(s) conforme art. 283 da Lei Nº 3.080/2010.

Lagoa Santa/ MG de de

Assinatura do responsável legal*
(Igual ao documento de

* Se empresário individual, o documento deverá ser assinado pelo empresário.
Em caso de sociedades pelo administrador devidamente identificado no ato constitutivo.
Demais situações pela pessoa qualificada devidamente identificada.