ANEXO 2 - TERMO DE EXCLUSÃO DO SIMPLES NACIONAL POR AÇÃO FISCAL
(Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e modificações)

Termo de Exclusão nº _____

Razão Social : _____
CNPJ:_____Inscrição Municipal: _____
Endereço:_____
_____

Nos termos do art. 28 a 32 da LC 123/06 e das disposições da Resolução CGSN nº 140/18 fica o contribuinte acima identificado NOTIFICADO de sua EXCLUSÃO DE OFÍCIO do Regime Especial Unificado de Arrecadação de Tributos e Contribuições devidos pelas Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (Simples Nacional).
O contribuinte tem direito à impugnação deste Termo no prazo de 30 dias a contar da ciência; a partir deste prazo, caso não ocorra impugnação, ou em caso de impugnação, após decisão administrativa definitiva desfavorável ao contribuinte, a exclusão será registrada no Portal do Simples Nacional, nos termos do art. 83 da Resolução CGSN nº 140/18, por incorrer na(s) seguinte(s) situação (ões) que impede(m) a sua permanência neste regime:

1-Da Fundamentação legal:

a) Falta de escrituração contábil: art. 29, VIII, §2º da LC 123/06;
b) Falta de emissão de NFS: art. 29, XI , §2º da LC 123/06;
c) Não comunicação de exclusão obrigatória por incorrer no excesso de receita bruta no ano calendário: art. 30, III, a, da LC 123/06;
d) outros motivos previstos na legislação tributária.

2-Da descrição dos fatos:
_____
_____

3-Dos efeitos:

Nos termos do art. 84 da Resolução CGSN no 140/18, fica o contribuinte excluído do Simples Nacional produzindo efeito a partir de _____ de _____ (observar a data do efeito, conforme a descrição do fato).
A pessoa jurídica poderá, no prazo de 30 dias, contados a partir da data da ciência, apresentar IMPUGNAÇÃO a este Termo, dirigida ao Conselho Administrativo Fiscal - CAF, e protocolada na DIPROG, localizada no 2° andar, sala 10, do Edifício sede da Prefeitura do Recife.

Recife, _____de_____de_____

_____
Gestor da Unidade de Fiscalização Tributária

Para constar, fiz entrega do presente Termo, ficando uma via em poder do contribuinte.

_____ _____
NOME REPRESENTANTE NO ESTABLECIMENTO AUDITOR DO TESOURO MUNICIPAL

_____ Mat. _____
N.° CPF OU IDENTIDADE

_____ _____
ASS. DO REPR. ACIMA IDENTIFICADO DATA DATA