

REQUERIMENTO DE BAIXA DE CONTRIBUINTE PESSOA FÍSICA

DECLARAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES E DE RESPONSABILIDADE.

O contribuinte

CPF Nº: _____, RG nº _____, Órgão Expedidor: _____,
Cadastro Municipal de Contribuintes Nº: _____, residente na

nº _____, complemento _____, bairro _____,
telefone para contato _____, DECLARA para todos os fins legais, e em
cumprimento ao art. 25, do Capítulo VI, do Anexo VI, do Regulamento do Imposto sobre
Serviços de Qualquer Natureza – RISQN, aprovado pelo Decreto Municipal nº 2.154, que
ENCERROU SUAS ATIVIDADES NESTE MUNICÍPIO DESDE _____.

O requerente DECLARA também que:

- Nunca possuiu Nota Fiscal de Prestação de Serviços - NFPS
- A última Nota Fiscal de Prestação de Serviços – NFPS emitida foi a de número
_____, da AIDF nº _____, e que inutilizou as NFPS porventura não
emitidas.

Florianópolis, ____/____/____.

Contribuinte

Nome do Solicitante: _____.

E-mail: _____.

CPF/RG: _____ Telefone: _____.

REQUERIMENTO DE BAIXA DE CONTRIBUINTE PESSOA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES E DE RESPONSABILIDADE.

O contribuinte,

CNPJ Nº: _____, Cadastro Municipal de Contribuintes Nº: _____,
situada na _____
nº _____, complemento _____, bairro _____,
por meio de seu representante legal _____

_____, CPF Nº: _____, RG Nº _____,

Órgão Expedidor : _____, residente na _____
_____, nº _____, bairro _____, complemento
_____, telefone para contato _____, DECLARA para

todos os fins legais, e em cumprimento ao art. 25, do Capítulo VI, do Anexo VI, do Regulamento do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – RISQN, aprovado pelo Decreto Municipal nº 2.154, que ENCERROU SUAS ATIVIDADES NESTE MUNICÍPIO DESDE _____, conforme documento(s) em anexo(s) comprobatório(s) do ora alegado.

O requerente DECLARA também que:

- Nunca possuiu Nota Fiscal de Prestação de Serviços - NFPS
- A última Nota Fiscal de Prestação de Serviços – NFPS emitida foi a de número _____, da AIDF nº _____, e que inutilizou as NFPS porventura não emitidas.

Florianópolis, ____/____/____.

Representante Legal

Nome do Solicitante: _____

E-mail: _____

CPF/RG: _____ Telefone: _____

REQUERIMENTO DE BAIXA DE CONTRIBUINTE SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

O contribuinte,

CNPJ Nº: _____, Cadastro Municipal de Contribuintes Nº: _____,
situada na _____
nº _____, complemento _____, bairro _____,
por meio de seu representante legal _____

_____, CPF Nº: _____, RG Nº _____,

Órgão Expedidor : _____, residente na _____
_____, nº _____, bairro _____, complemento
_____, telefone para contato _____, REQUER a baixa

da inscrição no Cadastro de Prestadores de Serviço de Qualquer Natureza – CPSQN como
Substituto Tributário contratante de serviços.

Florianópolis, ____/____/____.

Representante Legal

Nome do Solicitante: _____

E-mail: _____

CPF/RG: _____ Telefone: _____