



ROTEIRO PARA ALTERAÇÃO DO HORARIO DE FUNCIONAMENTO PESSOA JURÍDICA

1. Requerimento ao Ilmo. Senhor Prefeito solicitando a Alteração do horário;
2. Preenchimento e assinatura da DECA em duas vias (não pode ser xerocada - entrar no site <https://acessoseguro.gissonline.com.br/index.cfm>, clicar no link **GISSONLINE** , acessando o sistema com seu login e senha. Preencher a DECA, com a alteração pretendida e imprimir em 02 (duas) vias;
3. DECA e Alvará Municipal original ou declaração de extravio com firma reconhecida em cartório
4. Cópia do AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - vigente

Após anexar todos os documentos junto ao requerimento e DECA MUNICIPAL, comparecer na SECRETARIA DE FISCALIZAÇÃO para conferência e autorização para protocolização, junto ao Protocolo Geral da Prefeitura.

Para protocolar a documentação no Protocolo Geral da Prefeitura: das 08:00 às 17:00h;

De atendimento na SECRETARIA DE FISCALIZAÇÃO: das 08:00 às 17:00h;

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com: Alexandra, Joclem, Neiva ou Paulo através do telefone:3874-5699.

Obs.: Para agilizar o atendimento, solicitamos que os documentos sejam juntados conforme a ordem numérica

Excelentíssimo Senhor
JOSÉ PAVAN JUNIOR
DD. PREFEITO MUNICIPAL DE PAULÍNIA

Empresa _____,
CNPJ nº _____, estabelecida na _____
_____, nº _____, Bairro _____,
na cidade de _____, Estado _____, telefone _____,

Vem requerer a Vossa Excelência que se digne conceder alteração no horário de
Funcionamento,

DE

Dias úteis Sábados Domingos feriados

Abertura _____

Fechamento _____

PARA

Dias úteis Sábados Domingos feriados

Abertura _____

Fechamento _____

Termos em que

P. Deferimento

Paulínia, _____ de _____ de _____

ASSINATURA: _____

NOME: _____

CFF: _____

RG: _____



PREFEITURA DE PAULÍNIA

SECRETARIA DOS NEGÓCIOS DA RECEITA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO
SERVIÇOS DE FISCALIZAÇÃO DE TRIBUTOS

DECLARAÇÃO CADASTRAL

Data ____/____/____

Declaração nº _____

Declaração ant. nº _____

Inscrição Municipal: _____

Cód. Atv. Municipal: _____

Início da Atividade: _____

Protocolo nº.: _____

Contribuinte _____

Atividade _____

CNPJ _____ CPF _____ I E _____

Endereço _____ nº _____ Bairro _____

Andar _____ Sala _____ telefone _____ CEP _____

DECLARAÇÃO DESTINADA A INFORMAR

DATA DA ABERTURA _____ RENOVAÇÃO DE LICENÇA _____

ALTERAÇÃO DE ATIVIDADE _____ ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO _____

ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL _____ ENCERRAMENTO DE ATIVIDADE _____

ALTERAÇÃO DE SOCIOS/DIRETORES _____ DESENQUADRAMENTO ME _____

ENQUADRAMENTO COMO ME _____ OUTRAS COMUNICAÇÕES _____

RECEITA BRUTA ANUAL _____ UFP _____

SÍNTESE DA OCORRÊNCIA

DADOS RELATIVOS A PESSOA DO TITULAR, DOS SÓCIOS OU DIRETORES

NOME _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO _____ RG _____ ORG. EXP. _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ EST. _____

NOME _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO _____ RG _____ ORG. EXP. _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ EST. _____

NOME _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO _____ RG _____ ORG. EXP. _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ EST. _____

NOME _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO _____ RG _____ ORG. EXP. _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ EST. _____

NOME _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO _____ RG _____ ORG. EXP. _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ EST. _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Dias úteis Sábados Domingos feriados

Abertura _____

Fechamento _____

Nº de funcionários _____

Residentes em Paulínia _____

(Em porcentagem)

RESPONSÁVEL PELA CONTABILIDADE

NOME _____ CNPJ/CPF _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____

CNPJ/CPF _____ RG _____ ORG. EXP. _____

C.R.C _____ INSCR. MUNIC. _____ FONE _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DADOS REFERENTE À PESSOA DO SIGNATÁRIO

NOME _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ FONE _____

RG _____ ORG. EXP. _____ CPF _____

ESTA DECLARAÇÃO CORRESPONDE À EXPRESSÃO DA VERDADE:

LOCAL E DATA _____ / ____ / ____

ASSINATURA

PARA USO REPARTIÇÃO FISCAL

CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE