



Prefeitura Municipal de Paulínia



ROTEIRO DE ALTERAÇÃO DE RAZÃO SOCIAL PARA EMPRESAS COM ESTABELECIMENTO

1. Requerimento ao Ilmo. Senhor Prefeito solicitando a Inscrição Municipal;
2. Preenchimento e assinatura da DECA **em duas vias** (não pode ser xerocada) pagina 3 e 4
3. Alvará e DECA original ou declaração de extravio com firma reconhecida em cartório
4. Cópia da procuração, documento pessoal e comprovante de residência do signatário;
5. Cópia do contrato social/declaração de firma individual/estatuto, com o devido registro no órgão competente;
6. Cópia da ata de assembléia de fundação e da eleição da última Diretoria, se tratar-se de S/A, ou de Associações, Clubes, ou outras atividades semelhantes;
7. Cópia do CNPJ;
8. Cópia da DECA Estadual se a atividade abranger comércio ou transporte;
9. Cópia da declaração de ME, EPP ou MEI, caso seja optante do Simples Nacional cópia da declaração;
10. Cópia do Registro na CORSESP, em caso de representação comercial;
11. Cópia do Habite-se Comercial aprovado pela PMP;
12. Cópia do AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros;
13. Cópia do espelho do IPTU/VIGENTE do estabelecimento;
14. Relatório situacional tomador e prestado sem pendências;
15. CND Mobiliária tal documento comprova que não há débitos em dívida ativa;
16. Cópia do CAGED para confirmação do numero de funcionários.

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

Horários:

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

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato no telefone: 3874-5699/3874/5627.

Obs.: Para agilizar o atendimento, solicitamos que os documentos sejam juntados conforme a ordem numérica, na falta de qualquer documento mencionado acima não será autorizado o protocolo.

Excelentíssimo Senhor

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 a alteração de razão social da
INSCRIÇÃO

MUNICIPAL E ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO nº _____, bem como autorizo o envio de
Notificações, intimações e comunicações por esta Prefeitura pelo meu correio eletrônico (e-
mail _____)

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 À 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