



Prefeitura Municipal de Paulínia



ROTEIRO PRORROGAÇÃO ALVARÁ OU ALVARÁ DEFINITIVO

- 1) Requerimento ao Ilmo. Senhor Prefeito solicitando a prorrogação do Alvará ou Alvará Definitivo;
- 2) Preenchimento e assinatura da DECA em duas vias (não pode ser xerocada - entrar no site <https://acessoseguro.gissonline.com.br/index.cfm>, GISSONLINE , acessando o sistema com seu login e senha. Preencher a DECA, com a alteração pretendida e imprimir em **02 (duas) vias**;
- 3) Cópia da procuração, caso o requerente esteja sendo representado;
- 4) Cópia do CPF e RG do procurador;
- 5) Cópia do AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros-Vigente, em caso de atendimento em Clínica ou Escritório;
- 6) Declaração que nada foi alterado no contrato da empresa com firma reconhecida;
- 7) Declaração informando que o documento faltante se encontra em andamento quando for prorrogação;
- 8) Cópia da documentação faltante quando for definitivo;
- 9) Cópia do CAGED para confirmação do número 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:

- 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 através do telefone: (019) 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 o/ou _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DATA DA ABERTURA _____ | <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA _____ |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ATIVIDADE _____ | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO _____ |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL _____ | <input type="checkbox"/> ENCERRAMENTO DE ATIVIDADE _____ |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE SOCIOS/DIRETORES _____ | <input type="checkbox"/> DESENQUADRAMENTO ME _____ |
| <input type="checkbox"/> ENQUADRAMENTO COMO ME _____ | <input type="checkbox"/> OUTRAS COMUNICAÇÕES _____ |
| <input type="checkbox"/> 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. _____

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