

# PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

# REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PRESTADORES DE SEVIÇO DE QUALQUER NATUREZA - CPSQN PARA FINS DE RECOLHIMENTO DE TRIBUTOS MUNICIPAIS - RTM

# CONDOMÍNIO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome/Razão social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CMC | | | | | | | | SN/MEI  Sim  Não | | | | | | | | CPF/CNPJ | | | | | | | | | | | | | | |
| Logradouro | | | | | | | | | | | | | | | | Nº | | | Complemento | | | | | | | | | | | |
| Bairro | | | | | | | | CEP | | | | | | | | Município | | | | | | | | | | | | UF | | |
| Telefone | | | | | | | | | | | | | | | | Contato (nome): | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail (legível, letra de forma) para ciência da decisão** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DETALHAMENTO DO PEDIDO**

**Responsável pelo requerimento (anexar procuração e RG do procurador se for o caso)**

**Nome completo:**

**CPF:**

**Florianópolis, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do responsável pelo requerimento**