



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO MUNICIPAL

Nome/Razão social			
CMC	SN/MEI <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CPF/CNPJ	
Logradouro		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Município	UF
Telefone		Contato (nome):	
E-mail (legível, letra de forma) para ciência da decisão			

Assinalar com um X no quadrado abaixo caso seja verdadeira a afirmação

Não foram iniciadas as atividades ou não foram realizadas prestações de serviço sujeitas ao Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISQN;

Observação! Caso o requerente tenha prestado serviço ou tenha débitos junto ao Município, deverá iniciar o processo de Baixa de Inscrição Municipal, anexando os respectivos documentos

O cancelamento, de acordo com o Decreto Municipal n. 2.154/2003, implica em considerar-se a pessoa, natural ou jurídica, ou entidade obrigada como **não inscrita** no Cadastro de Prestadores de Serviços de Qualquer Natureza - CPSQN, sujeitando-a as penalidades previstas na legislação tributária.

Responsável pelo requerimento (anexar procuração¹ e RG do procurador se for o caso)

Nome completo:

CPF:

Florianópolis, ____ de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo requerimento

¹ **Procuração dispensada:** Contador/Escritório Contábil vinculado deve anexar tela que comprova o vínculo para que seja dispensada a procuração