|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO COMPLEMENTAR PARA O ENQUADRAMENTO NO REGIME DE TRIBUTAÇÃO FIXA DO ISS**  **FORMULÁRIO I - ANO BASE \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - EMPREGADOS** | | | | | | |
| **NOME:** | | | | | **CNPJ:** | |
| **INSCRIÇÃO MUNICIPAL:** | | | **RAMO DE ATIVIDADE:** | | | |
| **ENDEREÇO:** | | | | **N.º** | | **COMPLEMENTO:** |
| **BAIRRO:** | **CIDADE:** | | | **UF:** | | **CEP:** |
| **EMAIL:** | | | **TELEFONE:** | | | |
| **CONTADOR RESPONSÁVEL:** | | | | | | **CRC N.º** |
| **TELEFONE DO CONTADOR:** | | **EMAIL DO CONTADOR:** | | | | |
| **Preencha com as informações referentes aos profissionais, empregados, com habilitação específica (registro no conselho profissional) para a atividade desenvolvida pela sociedade, e que prestaram serviços em nome da sociedade no ano-base informado no cabeçalho. As datas devem ser registradas no padrão: DIA/MÊS/ANO. Para cada profissional habilitado informado deverá ser apresentada a sua certidão de regularidade, emitida pelo respectivo conselho de fiscalização profissional do Estado do Paraná.** | | | | | | |
| **Empregado 01** | | | | | | |
| **NOME:** | | **FUNÇÃO:** | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | **CPF:** | | | | |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **N.º DE REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | | | |
| **DATA DO REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **DATA DA BAIXA NO CONSELHO PROFISSIONAL, SE HOUVER:** | | | | |
| **DATA DE ADMISSÃO NA SOCIEDADE:** | | **DATA DE DESLIGAMENTO, SE HOUVER:** | | | | |
| **Empregado 02** | | | | | | |
| **NOME:** | | **FUNÇÃO:** | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | **CPF:** | | | | |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **N.º DE REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | | | |
| **DATA DO REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **DATA DA BAIXA NO CONSELHO PROFISSIONAL, SE HOUVER:** | | | | |
| **DATA DE ADMISSÃO NA SOCIEDADE:** | | **DATA DE DESLIGAMENTO, SE HOUVER:** | | | | |
| **Empregado 03** | | | | | | |
| **NOME:** | | **FUNÇÃO:** | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | **CPF:** | | | | |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **N.º DE REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | | | |
| **DATA DO REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **DATA DA BAIXA NO CONSELHO PROFISSIONAL, SE HOUVER:** | | | | |
| **DATA DE ADMISSÃO NA SOCIEDADE:** | | **DATA DE DESLIGAMENTO, SE HOUVER:** | | | | |
| **Empregado 04** | | | | | | |
| **NOME:** | | **FUNÇÃO:** | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | **CPF:** | | | | |
| **CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **N.º DE REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | | | |
| **DATA DO REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** | | **DATA DA BAIXA NO CONSELHO PROFISSIONAL, SE HOUVER:** | | | | |
| **DATA DE ADMISSÃO NA SOCIEDADE:** | | **DATA DE DESLIGAMENTO, SE HOUVER:** | | | | |
| **1. Declara-se que as informações constantes do presente documento são verdadeiras e correspondem, no que couber, às declaradas pelo contribuinte em epígrafe por meio do eSOCIAL.**  **2. Declara-se ciente de que a falsidade e/ou a omissão neste ato estão sujeitas ao disposto no art. 299 do Código Penal e no art. 10, § 3º, da Lei Complementar Municipal n.º 40, de 18 de dezembro de 2001.** | | | | | | |
| **NOME DO REPRESENTANTE LEGAL OU PROCURADOR:** | | | | | | |
| **CPF:** | | | | | | |

**OBSERVAÇÕES:**

-----------------------------------------------------------------------------

**DATA: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** **ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL/PROCURADOR**