|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO COMPLEMENTAR PARA O ENQUADRAMENTO NO REGIME DE TRIBUTAÇÃO FIXA DO ISS****FORMULÁRIO II - ANO BASE \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - NÃO 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, não 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.** **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**