PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO
DE INSCRIÇÃO MUNICIPAL SUSPENSA

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			

Comunica que a partir de ___/____/_____retomou suas atividades. Requer, portanto, a reativação da sua inscrição municipal suspensa.

<u>Observação!</u> O profissional autônomo que retornar as suas atividades deverá anexar autodeclaração de escolaridade, caso não tenha incluído no processo de inscrição municipal, ou se necessária atualização.

Responsável pelo requerimento (anexar procuração[i] e RG do procurador se for o caso)
Nome completo:
CPF:

Florianópolis, ____de_____de_____.

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