



REQUERIMENTO DE BAIXA DE CONTRIBUINTE PESSOA FÍSICA

DECLARAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES E DE RESPONSABILIDADE.

O contribuinte

_____,
CPF Nº: _____, RG nº _____, Órgão Expedidor: _____,
Cadastro Municipal de Contribuintes Nº: _____, residente na
_____,
nº _____, complemento _____, bairro _____,
telefone para contato _____, DECLARA para todos os fins legais, e em
cumprimento ao art. 25, do Capítulo VI, do Anexo VI, do Regulamento do Imposto sobre
Serviços de Qualquer Natureza – RISQN, aprovado pelo Decreto Municipal nº 2.154, que
ENCERROU SUAS ATIVIDADES NESTE MUNICÍPIO DESDE _____ e REQUER
a baixa de sua inscrição no Cadastro de Prestadores de Serviço de Qualquer Natureza –
CPSQN do Município de Florianópolis.

O requerente DECLARA também que:

- Nunca possuiu Nota Fiscal de Prestação de Serviços - NFPS
- A última Nota Fiscal de Prestação de Serviços – NFPS emitida foi a de número
_____, da AIDF nº _____, e que inutilizou as NFPS porventura não
emitidas.

Florianópolis, ____/____/____.

Contribuinte

Nome do Solicitante: _____.

E-mail: _____.

CPF/RG: _____ Telefone: _____.