

## TERMO DE CIÊNCIA

### OUTORGANTE (Contribuinte)

NOME			
<input type="text"/>			
CPF/CNPJ			
<input type="text"/>			
ENDEREÇO EMPRESARIAL (RUA,Av...)			
<input type="text"/>			
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail (preenchimento obrigatório e em letra de forma)			
<input type="text"/>			
TELEFONE(S) PARA CONTATO			
<input type="text"/>			

### OUTORGADO (Procurador)

NOME			
<input type="text"/>			
CPF/CNPJ	IDENTIDADE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ENDEREÇO			
<input type="text"/>			
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail (preenchimento obrigatório e em letra de forma)			
<input type="text"/>			
TELEFONE(S) PARA CONTATO			
<input type="text"/>			

Declaro estar ciente que o Alvará de Funcionamento terá sua validade prorrogada por tempo indeterminado, desde que esteja devidamente acompanhado da Taxa de Fiscalização de Funcionamento anual, que vence em 15 de abril, e/ou da Certidão Negativa de Débitos Municipais. Declaro, estar ciente que, encerrando as atividades neste município, devo promover a baixa da inscrição no Cadastro Mobiliário comunicando-a de ofício dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da ocorrência de tal evento. Declaro ainda, estar ciente que os tributos devidos serão disponibilizados no processo e/ou enviados para o email informado, sendo de minha responsabilidade o acompanhamento, estando notificado do(s) lançamento(s) conforme art. 283 da Lei Nº 3.080/2010.

Lagoa Santa/ MG  de  de

Assinatura do responsável legal\*  
(Igual ao documento de

\* Se empresário individual, o documento deverá ser assinado pelo empresário.

Em caso de sociedades pelo administrador devidamente identificado no ato constitutivo.

Demais situações pela pessoa qualificada devidamente identificada.