



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA COMERCIALIZAÇÃO DE TINTA TIPO “SPRAY”

(REFERENTE A LEI COMPLEMENTAR MUNICIPAL Nº 143, DE 12 DE JANEIRO DE 2016 SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE NA VENDA DE TINTA TIPO “SPRAY”)

EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

LOCALIZAÇÃO: (RUA / AVENIDA)

Nº:

COMPLEMENTO: (ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)

BAIRRO:

CEP:

E-MAIL:

TELEFONE: (COM DDD)

CELULAR: (COM DDD)

PROPRIETÁRIO E/OU SÓCIO DA EMPRESA

NOME:

RG:

CPF:

LOCALIZAÇÃO: (RUA / AVENIDA)

Nº:

COMPLEMENTO: (ANDAR, SALA, CONJUNTO, ETC)

BAIRRO:

CEP:

E-MAIL:

TELEFONE: (COM DDD)

CELULAR: (COM DDD)

O responsável acima qualificado da razão social referenciada, por meio deste termo, **DECLARA** para todos os fins de direito, inclusive na esfera penal, que tem plena e total ciência da Lei Complementar Municipal nº 143, de 12 de janeiro de 2016 que rege **os critérios para venda de “tinta spray”** no município de Campinas - SP, em particular sobre a necessidade da apresentação de documento de identidade do adquirente, assinatura do Termo de Responsabilidade e comprovação de sua residência, obrigatoriedade da emissão de nota fiscal de venda onde conste, no mínimo e entre outros dados inerentes à venda, o nome e o endereço completos deste adquirente.

Também está ciente de que o não atendimento da lei mencionada sujeitará o responsável à aplicação de penalidades legais, podendo sujeitar a razão social à cassação de Alvará de Uso, se houver, e a lacração do local, sem prejuízo das demais sanções legais cabíveis.

Campinas, _____ de _____ de _____ .

ASSINATURA RECONHECIDA EM CARTÓRIO