



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE RECEITAS MOBILIÁRIAS

DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO COMO SOCIEDADE DE PROFISSIONAIS
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN

CAMPO I - DADOS DO CONTRIBUINTE:

Nome / Nome Empresarial (por extenso e sem abreviações): _____ **Inscrição Mobiliária (se houver):** _____

Endereço (Rua/Avenida): _____ **Número:** _____ **Complemento:** _____

Bairro: _____ **Cidade/UF:** _____ **CEP:** _____

DDD: _____ **Telefone:** _____ **CPF/CNPJ:** _____ **Documento de Identidade:** _____ **E-mail:** _____

CAMPO II - DADOS DA SOCIEDADE (marcar a resposta correta):

- Todos os itens dos Campos I, II e III são de preenchimento obrigatório.**
- 1- Todos os profissionais, sócios, empregados ou autônomos habilitados, que prestam serviços na atividade fim da sociedade e em nome dela, são registrados no mesmo conselho de classe? SIM NÃO
- 2- A Sociedade é constituída sob a forma de sociedade simples, nos termos da lei civil? SIM NÃO
- 3- Todos os profissionais, sócios, empregados ou autônomos que atuam na sociedade, são habilitados ao exercício da mesma atividade, e prestam serviço sob a forma de trabalho pessoal em nome da sociedade, assumindo, cada um dos profissionais habilitados, responsabilidade pessoal nos termos da legislação específica? SIM NÃO
- 4- A Sociedade tem pessoa jurídica como sócia ou é sócia de outra pessoa jurídica? SIM NÃO
- 5- A Sociedade tem participação no capital de outra pessoa jurídica? SIM NÃO
- 6- A Sociedade possui filial ou posto avançado em outro município? SIM NÃO
- 7- A Sociedade tem sócio não habilitado para o exercício de atividade correspondente ao serviço prestado pela sociedade? SIM NÃO
- 8- A Sociedade desenvolve atividade diversa daquela a que estejam habilitados profissionalmente os sócios? SIM NÃO
- 9- A Sociedade tem sócio que não exerce atividade técnica-profissional na sociedade e que dela participe tão-somente para aportar capital ou administrar? SIM NÃO
- 10- Há utilização de profissionais empregados, autônomos ou terceiros de profissão não regulamentada em alguma etapa da atividade fim da sociedade? (Não são consideradas como atividade fim: recepcionista, telefonista, office-boy, pessoal de limpeza, conservação, segurança e congêneres). SIM NÃO
- 11- Há utilização de profissionais empregados, autônomos ou terceiros de profissão regulamentada diversa da profissão dos sócios, de nível médio ou superior, em alguma etapa da atividade fim da sociedade? SIM NÃO
- 12- No caso de estabelecimento de saúde e, se a resposta no item 11 for "SIM", a utilização desses profissionais é apenas para auxílio, preparação, acompanhamento ou apoio aos pacientes? Caso não seja estabelecimento da área da saúde, marque a opção "não se aplica". SIM NÃO NÃO SE APLICA
- 13- No caso de estabelecimento de saúde e, se a resposta no item 11 for "SIM", o auxílio ao profissional sócio é exigência de legislação ou norma do Conselho de Classe no qual estão registrados os profissionais sócios habilitados da sociedade? Caso não seja estabelecimento da área da saúde, marque a opção "não se aplica". SIM NÃO NÃO SE APLICA
- 14- Se a resposta do item 13 for "SIM", liste a profissão regulamentada desses auxiliares e a respectiva legislação ou norma do Conselho de Classe que determina a participação desses auxiliares:
- _____
- _____
- _____

- 15- No caso de estabelecimento de saúde ou de engenharia, liste os equipamentos e maquinários existentes no estabelecimento da sociedade, a finalidade de sua utilização e a profissão de quem os utiliza:
- _____
- _____
- _____

CAMPO III - DECLARAÇÃO, DATA, NOME E ASSINATURA DO CONTRIBUINTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL:

Declaro que as informações prestadas neste formulário são a expressão da verdade e estou ciente de que a inveracidade dessas informações pode levar o fisco a efetuar o desenquadramento desta sociedade do regime ora enquadrado, com data retroativa àquela que fora indevidamente enquadrado, sem prejuízo da aplicação de infrações à legislação tributária e ou a representação ao Ministério Público por crime contra a ordem tributária.

DATA: _____ **NOME DO CONTRIBUINTE OU REPRESENTANTE LEGAL:** _____

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE OU REPRESENTANTE LEGAL: _____