|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Declaração Mensal de Cartório - DECAR**  **Município de Monsenhor Paulo - Secretaria de Fazenda**  Serviços cartorários e notariais |  | Protocolo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Data  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| ESTA FICHA/BOLETIM DEVERÁ SER TOTALMENTE PREENCHIDO. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **DADOS DO CONTRIBUINTE** | | | | | |
| **PESSOA JURÍDICA** | | | | | | |
| NOME OU RAZÃO SOCIAL | | | | | | |
| NOME FANTASIA | | | | | CNPJ | |
| ENDEREÇO | | | | | | NÚMERO |
| COMPLEMENTO (apartamento, sala, loja, etc). | | | BAIRRO | | | |
| CEP | | CIDADE  Monsenhor Paulo | | TELEFONE | | |
| E-MAIL | | PERÍODO DE REFERÊNCIA  /20 | | VENCIMENTO    /  /20 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **ISSQN PRÓPRIO – NÃO RETIDO** | | | | | |
| **Detalhamento** | | **Quantidade** | **Emolumentos brutos** | | **Taxa de fiscalização Judiciária** | **Emolumentos líquidos** |
| Cópias | |  |  | |  |  |
| Cópias Autenticadas | |  |  | |  |  |
| Autenticações | |  |  | |  |  |
| Reconhecimentos de firma | |  |  | |  |  |
| Certidões | |  |  | |  |  |
| Registros efetuados, inclusive de notas, de títulos, de documentos e de imóveis | |  |  | |  |  |
| Demais serviços prestados | |  |  | |  |  |
| VALOR MENSAL DA RECEITA TRIBUTÁVEL | | | | | |  |
| VALOR MENSAL DO IMPOSTO DEVIDO | | | | ALÍQUOTA        Por cento | | |
| INFORMAR SERVIÇOS QUE **NÃO SOFRERAM RETENÇÃO** PELA FONTE PAGADORA. ISSQN INCIDIRÁ SOBRE OS EMOLUMENTOS LÍQUIDOS. ALÍQUOTA INCIDENTE SOBRE SERVIÇOS CARTORÁRIOS: 5% - ITEM 21.01 LC 1.520/2017. | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **ISSQN RETIDO PELA FONTE TOMADORA** | | | | | |
| **Nome do contribuinte que reteve o ISSQN** | | **CNPJ** | **Mês** | **Valor da base de cálculo** | **Alíquota** | **ISSQN** |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| TOTAL | | | | | |  |
| INFORMAR SERVIÇOS QUE **SOFRERAM RETENÇÃO** PELA FONTE TOMADORA. ISSQN INCIDIRÁ SOBRE OS EMOLUMENTOS LÍQUIDOS. | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **OBSERVAÇÕES** |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5** | **TERMO DE RESPONSABILIDADE** | | |
| NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO ANTES DE SEU TOTAL PREENCHIMENTO, CONFIRA TODOS OS DADOS ANTES DE ASSINÁ-LO. A INFORMAÇÃO PRESTADA DE FORMA INCORRETA, INCOMPLETA OU INVERÍDICA SUJEITARÁ O INFRATOR A MULTA, SEM PREJUÍZO DA COBRANÇA DO TRIBUTO DEVIDO.DECLARO SOB AS PENAS DA LEI SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES E OS DOCUMENTOS APRESENTADOS. | | | |
| NOME | | CPF | CARGO |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  REPRESENTANTE LEGAL OU PROCURADOR DATA | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | **DECLARAÇÃO RECEBIDA E CONFERIOA POR (CAMPO RESERVADO À PMMP)** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA/CARIMBO |