|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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      | CIDADEMonsenhor 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  |