



1. DADOS DO REQUERENTE

| | | | |
|--|--------------|-----------|--|
| INSCRIÇÃO MERCANTIL | RAZÃO SOCIAL | | |
| CNPJ | NIRE | TELEFONES | |
| ENDEREÇO COMPLETO (logradouro, número, complemento, bairro, cidade, estado, CEP) | | | |

2. TIPO DE OPÇÃO DO RECOLHIMENTO DO ISS

A Sociedade Simples acima qualificada, representada neste ato pelo seu representante legal Sr.(a) _____, CPF nº _____, vem através desta optar

por recolher o ISSQN – Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza da seguinte forma:

- Pelo faturamento (*não assinalar o quadro 3*).
- Pelo número de profissionais habilitados – Art. 117-A da Lei nº15.563/91 (*assinalar o quadro 3*).

3. DECLARAÇÃO

Declaro, para fins do disposto no **art 3º do Decreto nº 28.492/14**, que exerço apenas a(s) atividade(s) abaixo selecionada(s), por meio dos profissionais habilitados, **com responsabilidade pessoal, sem natureza empresarial**, como determina o **art. 117-A da Lei nº 15.563/91**:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicina e biomedicina. | <input type="checkbox"/> Serviços de economistas no exercício de suas atividades profissionais. |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia, quimioterapia. | <input type="checkbox"/> Engenharia, agronomia, agrimensura, arquitetura, geologia, urbanismo e congêneres (<i>exceto paisagismo</i>). |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem, inclusive serviços auxiliares. | <input type="checkbox"/> Agenciamento, corretagem ou intermediação de direitos de propriedade industrial, artística ou literária. |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia. | <input type="checkbox"/> Advocacia. |
| <input type="checkbox"/> Obstetrícia. | <input type="checkbox"/> Auditoria. |
| <input type="checkbox"/> Odontologia. | <input type="checkbox"/> Contabilidade, inclusive serviços técnicos e auxiliares. |
| <input type="checkbox"/> Ortopia. | |
| <input type="checkbox"/> Próteses sob encomenda. | |
| <input type="checkbox"/> Psicologia. | |
| <input type="checkbox"/> Medicina veterinária e zootecnia. | |
| <input type="checkbox"/> Clínica e/ou pronto-socorro que atende os requisitos do art 116, dentre eles: | |
| a) mantém no máximo cinco leitos essenciais para a prática das medidas de urgência, E | |
| b) atende apenas a urgências e emergências, E | |
| c) executa menos de 90% (noventa por cento) dos serviços para clientes de seguradoras e de planos de saúde. | |

4. TERMO DE CIÊNCIA (RECOLHIMENTO PELO Nº DE PROFISSIONAIS)

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas afirmações acima, sob as penas da lei, estou ciente que, a partir da presente data, constatada ser **inverídica essa declaração em qualquer de seus termos** (habilitação profissional, pessoalidade do serviço, natureza não empresarial, atividade realizada) estarei sujeito a:

- a) **Notificação retroativa** para o pagamento da diferença do valor do imposto devido, e
- b) Cientificação ao **Ministério Público** por tentativa de fraude tributária.

Em conformidade com o **§ 2º do art. 117A**, e **art. 161** ambos referentes à **Lei nº 15.563** de 27 de dezembro de 1991, assino para que produza seus efeitos legais.

5. ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) representante legal da empresa