

DECLARAÇÃO DE FIRMA INDIVIDUAL

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO NO VERSO

00

NÃO PREENCHER

Alessander Lopes Moreira

NOME DO TITULAR

natural de **Conselheiro Lafaiete** **Brasileiro** **solteiro**

CIDADE E SIGLA DO ESTADO

NACIONALIDADE PAÍS

ESTADO CIVIL

filho de **Djalma de Carvalho Moreira e Terezinha Lopes Moreira**

FILIAÇÃO

nascido em **24/01/1968** profissão **Farmacêutico Bioquímico**

DATA DO NASCIMENTO

profissão

CPF **01 9 2 7 3 5 6 8 1 6 5 3** identidade **M-4.054.498** **SSP** **MG**

NÚMERO

identidade

NÚMERO

ÓRGÃO EXPEDIDOR (SIGLA)

UF

residente **Rua Severiano Nogueira nº 14- Centro- Lamim- MG- CEP: 36455-**

RUA, AVENIDA, ETC./NÚMERO E COMPLEMENTO/BAIRRO/CEP/MUNICÍPIO/UF

000

CONTINUAÇÃO

não estando em curso em nenhum dos crimes previstos em lei que o impeça de exercer atividade mercantil, e não possuindo outra firma individual registrada, declara para fins de inscrição no Registro do Comércio:

ATOS

02 5

1 - CONSTITUIÇÃO
3 - INSCR. DE TRANSF. DE SEDE DE OUTRA UF
5 - ALTERAÇÃO DE DADOS DA SEDE7 - TRANSFERÊNCIA DA SEDE PARA OUTRA UF
9 - CANCELAMENTO DE SEDE
0 - PROTEÇÃO AO NOME COMERCIAL2 - ABERTURA DE FILIAL
4 - ABERTURA DE FILIAL EM OUTRA UF
6 - ALTERAÇÃO DE DADOS DE FILIAL
8 - CANCELAMENTO DE FILIAL

NOME COMERCIAL

03 **A L E S S A N D E R L O P E S M O R E I R A C P F**
Nº 9 2 7 3 5 6 8 1 6 5 3TÍTULO DO ESTABELECIMENTO - **DROGARIA LAMIM**NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO REGISTRO DO COMÉRCIO - NIRC
NIRC DA SEDE04 **3 1 1 0 6 0 9 4 7 2 1**(PREENCHER SOMENTE SE ATO DE FILIAL)
NIRC DA FILIAL

05

RUA, AVENIDA, ETC./NÚMERO E COMPLEMENTO (APTO., SALA ETC.)

06 **RUA NAPOLEÃO REIS Nº 13**

NOME DO BAIRRO/DISTRITO

07 **C E N T R O**

CEP

08 **3 6 4 5 5 0 0 0**

NOME DO MUNICÍPIO

Lamim

SIGLA UF

MG

CAPITAL OU DESTAQUE DE CAPITAL

09 **1 0 0 0 0 0** **Hum mil reais**

CAPITAL OU DESTAQUE DE CAPITAL POR EXTENSO

(CONTINUAÇÃO)

INÍCIO DAS ATIVIDADES

10 **0 1 0 4 9 4**

DIA MÊS ANO

(USO DA JUNTA)

11 **1**
1 - ENQUADRAMENTO ME
3 - DESENQUADRAMENTO ME

CGC - básico

12 **9 7 5 0 6 3 4 9 0 0 0 1 3 1**

ordem

controle

OBJETO (ATIVIDADE ECONÔMICA)

**Dispensação e comércio de drogas, medicamentos,
insumos farmacêuticos e correlatos em suas
embalagens originais, como drogeria**

CÓDIGO DE ATIVIDADE

13 **5 2 4 1** **2**
14 **0**
15 **9**
16 **7**
17 **5**

DATA

23/04/97

ASSINATURA DO TITULAR

Alessander Lopes Moreira

(USO DA JUNTA)

DATA DO DEFERIMENTO

18 **5 2 4 1** **2**
DIA MÊS ANO

AUTENTICAÇÃO (USO DA JUNTA COMERCIAL)



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CERTIFICO O REGISTRO EM: 05/05/97

SOB O NÚMERO:

1537709

Protocolo: 970845821

AUGUSTO PIMENTA DE PORTILHO
PELA SECRETARIA GERAL

LEIA COM ATENÇÃO ESTAS INSTRUÇÕES, ANTES DE INICIAR O PREENCHIMENTO

- Preencher o formulário em quatro vias legíveis, à máquina ou à mão com letra de forma, sem rasura, sendo a primeira original, podendo as demais serem cópias a carbono.
- Ao preencher um campo, deixe um espaço em branco entre palavras ou outros elementos da informação.
- Preencher com apenas uma letra ou algarismo cada quadrícula demarcada no formulário.
- Preencher o campo 02 - Atos, conforme o número correspondente ao ato que está sendo praticado.
- Preencher o(s) campo(s) de 13 a 17, de acordo com a "Tabela de Atividades Econômicas", instituída pela Portaria conjunta SRF/DNRC nº 962, de 29/12/87.