

Portaria SEF nº 01, de 21 de novembro de 2011.

O Secretário Municipal de Finanças, no uso de suas atribuições previstas na legislação do Município de Sorocaba;

Considerando a necessidade de estabelecer as condições para as empresas das áreas médica pleitearem a utilização da alíquota de 2%, instituída pelas Leis Municipais números 9965, de 17 de agosto de 2011 e a 9719, de 14 de setembro de 2011;

RESOLVE:

Art.1º O contribuinte da área medica que pretender utilizar a alíquota de 2%, deve realizar o seu credenciamento junto à Secretaria de Finanças para obter a autorização para utilização da referida alíquota.

§1º. A solicitação de credenciamento será mediante o preenchimento do formulário anexo, instruída com cópia da ficha de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde(CNES).

§2º. A cópia da ficha de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde(CNES) deverá ser recente, com data de emissão posterior à 30/09/2011.

Art. 2º A autorização deverá ser solicitada para todas as atividades da área médica para as quais o contribuinte presta serviços ao Sistema Único de Saúde(SUS).

Art. 3º A análise da autorização ocorrerá dentro de 15 dias corridos, contados a partir da data de protocolização da solicitação.

Parágrafo único. A autorização se dará com anotação na respectiva inscrição municipal de atividades do solicitante, para utilização no sistema eletrônico NFS-e.

Art. 4º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Sorocaba, 21 de novembro de 2011.



FERNANDO MITSUO FURUKAWA

Secretário de Finanças



**SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO
PARA UTILIZAÇÃO DA ALÍQUOTA DE 2%.**

Eu, _____ CPF: _____, representante legal
da empresa _____,

Inscrita no CNPJ/MF, sob nº _____, inscrição municipal _____,

solicito autorização para utilização da alíquota de 2% estatuída pelas Leis
Tributárias Municipais nºs 9665, de 17 de agosto de 2011 e 9719, de 14 de setembro
de 2011.

As atividades credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de
Saúde(CNES) são:

Código do CNAE Descrição

Código do CNAE	Descrição
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sorocaba, ____ de _____ de 20__

Assinatura do representante legal

Nome: _____

CPF: _____

Recebido em ____/____/____

Assinatura e carimbo do funcionário