

TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA Nº _____

DADOS DA EMPRESA OBJETO DA TRANSFERÊNCIA:

Nome ou denominação Social: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Fone: _____
Insc. CGC: _____ Insc. Est.: _____

Ramo de Atividade: _____

Forma de Tributação: () Lucro Real () L. Presumido
Modalidade de pagamento do ICM: () Débito/Crédito () Estimativa
Sujeita ao pagamento de: () LP.I. () I.S.S. () Outros
A escrita é centralizada na matriz () Sim () Não
A escrita é feita no estabelecimento da empresa () Sim () Não

SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTÁBEIS:

Mês/Ano realizado _____
Diário: _____ Livros Fiscais: _____
Razão: _____ Livros ou documentos retidos: _____
Balancete: _____
Balanço: _____
Dec. I. Renda: _____ Motivo: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

INFORMAÇÕES SOBRE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS:

Os honorários são recebidos com pontualidade? () Sim () Não
Honorários percebidos pelo contabilista anterior: R\$ _____
Critérios de reajuste: _____
Honorários estipulados pelo novo contabilista: R\$ _____

DADOS DO CONTABILISTA ANTERIOR:

Nome: _____ CPF nº: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Fone: _____
Registro no CRC Nº: _____ Categoria: _____ Escritório Nº: _____

DADOS DO NOVO CONTABILISTA:

Nome: _____ CPF nº: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____ Fone: _____
Registro no CRC Nº: _____ Categoria: _____ Escritório Nº: _____

Este TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE é firmado para fins de cumprimento junto ao CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO das disposições contidas nos artigos 7º e 11, inciso IV, do CEPC.

E, por ser verdade o que está declarado, firmamos o presente Termo em 04 (quatro) vias de igual teor, para os fins a que se destina.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Ass. Contabilista Anterior

Ass. Contabilista Atual

Ass. P/ Empresa