CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO DISTRITO FEDERAL

Órgão Fiscalizador da Profissão Contábil

SHCS CR Quadra 505 Bloco C Loja 45 – Telefax: (061) 3321-1757

70350-530 - BRASÍLIA - DF

Home-Page: www.crcdf.org.br **- E-mail:** crcdf@crcdf.org.br

1. DADOS DA EMPRESA OBJETO DA TRANSFERÊNCIA

Razão Social: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____-_____

Inscrição do CNPJ: _____ Inscrição Estadual (CF/DF): _____

Ramo de Atividade: _____

Possui Filiais? ( ) **Não** ( ) **Sim** **Quantas?** _____

A escrituração contábil é centralizada na Matriz? ( ) Não ( ) Sim

A escrituração contábil é executada na empresa? ( ) **Não** ( ) **Sim**

- Serviços executados mensalmente:

Contabilidade ( ) **Não** ( ) **Sim**

Folha de Pagamento ( ) Não ( ) Sim – nº de empregados: _____

Escrituração Fiscal ( ) Não ( ) Sim – nº de notas emitidas: _____

A empresa possui bens registrados na contabilidade ( ) Não ( ) Sim Quantos? _____

Os impostos são recolhidos pela organização contábil ( ) Não ( ) Sim Quais? _____

- Forma de Tributação: ( ) **Simples Nacional ( ) Lucro Presumido ( ) Lucro Real**

- Modalidade de Pagamento do ICMS: ( ) **Débito/Crédito ( ) Estimativa ( ) Simples ( ) sento**

- Sujeita ao pagamento de: ( ) **I.P.I** ( ) **I.S.S** ( ) **outros – especificar:**_____

2. SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTÁBEIS

Contabilidade até _____/_____/_____

Diário/Razão até_____/_____/_____

Balancete até _____/_____/_____

Livros Fiscais até _____/_____/_____

Balanço até _____/_____/_____

Há Livros ou Doc. Pendentes de entrega ao cliente?

( )Não ( ) Sim Quais? _____ Motivo: _____

_____

Há alguma obrigação acessória pendente? ( ) Não ( ) Sim Quais? _____

3. MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

_____

_____

4. 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$ _____ Critérios de Reajuste: _____

5. DADOS DA ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL/ CONTABILISTA ANTERIOR

Razão Social/Nome: _____ CNPJ/CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

CRC/_____ nº _____ Categoria: _____

Contabilista Responsável: _____ CRC/ _____ nº _____

6. DADOS DA NOVA ORGANIZAÇÃO CONTÁBIL/ CONTABILISTA

Organização Contábil/Nome:_____ CNPJ/CPF:_____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Telefone:_____

CRC/_____ nº _____ Categoria: _____

Contabilista Responsável: _____ CRC/_____ nº_____

Os serviços descritos no item (1), estão sendo todos contratados? ( ) Sim ( ) Não

Este TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA é firmado para fins de cumprimento junto ao CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO DISTRITO FEDERAL, das disposições contidas nos artigos 15 e seu parágrafo único e 28, alínea "b", todos do Decreto-lei nº 9,295/46.

E, por ser verdade o que está declarado, firmamos o presente Termo, para os fins a que se destina.

_____ _____

Local e Data — Empresa Transferida

_____ _____

Organização Contábil/Contabilista Anterior Carimbo e Assinatura — Nova Organização Contábil/ Contabilista Carimbo e Assinatura

Imprimir em 04 vias