



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

REQUERIMENTO DE CONSULTA DE VIABILIDADE, DE LICENÇA PARA LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO, DE LICENÇA SANITÁRIA E OUTRAS

ATENÇÃO: VÁLIDO SOMENTE COMO DOCUMENTO ORIGINAL - NÃO RASURAR

1 - DADOS DO REQUERENTE - PESSOA JURÍDICA

NOME/RAZÃO SOCIAL:				
NOME FANTASIA:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:		
CPF/CNPJ:		INSCRIÇÃO MUNICIPAL:		
LOGRADOURO:		Nº:	COMPL.	
BAIRRO:		CEP:	CIDADE:	UF:
LOTE:	QUADRA:	ÍNDICE CADASTRAL:		
TELEFONE FIXO:		TELEFONE CELULAR:		
E-MAIL:				

Declaro estar ciente que os lançamentos e notificações serão encaminhados para o endereço de e-mail informado acima, e que as guias estarão disponíveis para retirada através do Portal do Cidadão no site da Prefeitura.

2 - SÓCIO ADMINISTRADOR (PARA O CASO DE PESSOA JURÍDICA)

1- NOME/RAZÃO SOCIAL:		CPF/CNPJ:			
LOGRADOURO:		Nº:	COMPL.		
BAIRRO:		CEP:	CIDADE:	UF:	
TELEFONE FIXO:		FAX:		TELEFONE CELULAR:	

3 - FINALIDADE: *

<input type="checkbox"/> CONSULTA VIABILIDADE	<input type="checkbox"/> LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE RAMO ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE RAZÃO SOCIAL	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ÁREA	
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE SÓCIO	<input type="checkbox"/> 2ª VIA DE ALVARÁ	<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTROS

*CONSULTA PRÉVIA / LICENÇA /ALTERAÇÃO DE ATIVIDADE - INFORMAR ATIVIDADE E CNAE

--

4 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO:

SEGUNDA A SEXTA DE _____ ÀS _____ HORAS
SÁBADO DE _____ ÀS _____ HORAS
DOMINGO E FERIADO DE _____ ÀS _____ HORAS

ÁREA UTILIZADA PARA EXECUÇÃO DA ATIVIDADE

--

Fica o contribuinte ciente que poderá ser passível da licença para Funcionamento em Horário Especial conforme Lei nº 3.080/2010 e Lei nº 3.395/2013. Horários atípicos deverão ser requeridos individualmente.

5 - PUBLICIDADE IDENTIFICADORA DO ESTABELECIMENTO

ALTURA (M²):		LARGURA (M²):		AREA - LARG X ALTURA (M²)	
FORMA DE VEICULAÇÃO:	<input type="checkbox"/> LETREIRO	<input type="checkbox"/> PINTURA			

6 - MELHOR HORÁRIO PARA FISCALIZAÇÃO:

--

7 - DADOS DO CONTADOR/ESCRITÓRIO CONTÁBIL:

NOME/RAZÃO SOCIAL:		CPF/CNPJ:			
CRC:		E-MAIL:		TELEFONE:	

8 - OUTRAS INFORMAÇÕES:

--

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CIÊNCIA

Eu, _____, portador(a) da CI nº _____ declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas e autênticos os documentos apresentados. Estou ciente que devo comunicar qualquer alteração deste cadastro, paralisação ou encerramento das atividades num prazo de 30 (trinta) dias de sua ocorrência, sob pena de cominação de multa prevista no Código Tributário Municipal (Lei municipal nº 3080/2010). Estou ciente que o Alvará de Funcionamento terá sua validade prorrogada por tempo indeterminado, desde que mantidas às condições iniciais de licença e devidamente acompanhado da Taxa de Fiscalização de Funcionamento anual com vencimento em 15 de abril.

Assinatura do responsável legal e CPF: _____ Data _____/_____/_____