



Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

REQUERIMENTO ATIVIDADE EVENTUAL

DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA:

RUA/AV.: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____,

BAIRRO: _____, CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

TELEFONE(S) _____ e-mail: _____

DADOS DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

RUA/AV.: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
LOTE: _____ QUADRA: _____ INDICE CADASTRAL IPTU: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

ATIVIDADE:

COMERCIO

PRESTACAO DE SERVIÇO

OUTRO

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____

PERÍODO

DO DIA _____ AO DIA _____ RESPONSÁVEL: _____

HORÁRIO DE REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE: SEGUNDA A SEXTA DE _____ ÀS _____ HORAS
SÁBADO DE _____ ÀS _____ HORAS
DOMINGO E FERIADO DE _____ ÀS _____ HORAS

Lagoa Santa, ____ de _____ de 20____

Nome e assinatura do requerente - CPF: