



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA

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

ATENÇÃO: VÁLIDO SOMENTE COMO DOCUMENTO ORIGINAL - NÃO RASURAR

1 - DADOS DO REQUERENTE		<input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA (AUTÔNOMO)	<input type="checkbox"/> 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:	
EMAIL:			
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 OU ALTERAÇÃO/INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ATIVIDADE - INFORMAR CNAE			
4 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO:			
SEGUNDA A SEXTA DE _____ ÀS _____ HORAS			
SÁBADO DE _____ ÀS _____ HORAS			
DOMINGO E FERIADO DE _____ ÀS _____ HORAS			
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 CONTABIL:			
NOME/RAZÃO SOCIAL:		CPF/CNPJ:	
CRC:	EMAIL:	TELEFONE :	
8 - OUTRAS INFORMAÇÕES:			
TERMO DE RESPONSABILIDADE			
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 isolada prevista no Código Tributário Municipal (Lei municipal nº 3080/2010). Nestes termos, pede deferimento.			
Assinatura do requerente: _____ Data ____/____/____			