



**REQUERIMENTO PARA:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO         | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE ATIVIDADES    | <input type="checkbox"/> TROCA DE ENDEREÇO          |
| <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DO ALVARÁ      | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE RESP. TÉCNICO | <input type="checkbox"/> ENCERRAMENTO DE ATIVIDADES |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA        | <input type="checkbox"/> BAIXA DE RESP. TÉCNICO    | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO RESTOS MORTAIS     |
| <input type="checkbox"/> ENTRADA DE RESP. TÉCNICO | <input type="checkbox"/> RELATÓRIO PARA AFE        |   |

**DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL / TÉCNICO OU PROPRIETÁRIO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal / Técnico ou Proprietário

**DADOS DO ESTABELECIMENTO:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Fantasia: \_\_\_\_\_ CNPJ / CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência (Obrigatório): \_\_\_\_\_

Telefones de Contato: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Conselho: \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_

Atividades Exercidas: \_\_\_\_\_

Horário de Funcionamento: Matutino das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

Vespertino das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

Noturno das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

**PREENCHIMENTO APÓS A VISTORIA:**

Data da Vistoria: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO

Observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DADOS DO ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE (obrigatório o preenchimento):**

Nome do Escritório/Nome do Contador: \_\_\_\_\_

Nº. de Registro do Contador: \_\_\_\_\_