

01 – CADASTRO (Preenchimento obrigatório)

Interessado/Nome:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
RG/I.E.:	CPF/CNPJ:		
Telefone: ()	E-mail:		
Assunto:			

**** DEVERÁ SER PREENCHIDO UM REQUERIMENTO PARA CADA TIPO DE PROCESSO ****
EXMO. SR. PREFEITO MUNICIPAL VENHO RESPEITOSAMENTE REQUERER A V.S^ª:

02 – SERVIÇOS (Selecione um campo)

<input type="checkbox"/> Abertura (Preencher campo 03)	<input type="checkbox"/> Renovação Alvará (Preencher campos 03 e 04)
<input type="checkbox"/> Cancelamento (Preencher campo 05)	<input type="checkbox"/> Revisão (Preencher campo 06)
<input type="checkbox"/> Reativação (Preencher campos 03 e 04)	<input type="checkbox"/> Alteração da tributação (Preencher campo 06)
<input type="checkbox"/> Alteração cadastro (Preencher campos 03 e 04)	<input type="checkbox"/> Análise elementos cf. lei de despoluição visual (Preencher campo 07)

03 – ABERTURA / RENOVAÇÃO

Nome Fantasia:
Descrição da atividade (pessoa física):
Endereço de entrega de correspondências:
Horário Especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Funcionários:
Publicidade: <input type="checkbox"/> Não - <input type="checkbox"/> Sim - <input type="checkbox"/> Sim, observada a Lei Municipal nº3.670/2012 - (Preencher campo 7)
Tipos: <input type="checkbox"/> Distribuição Panfletos - <input type="checkbox"/> Faixa - <input type="checkbox"/> Carro de som <input type="checkbox"/> - Placa/Cartaz/Painel – <input type="checkbox"/> Em imóvel (Preencher campo 7) - <input type="checkbox"/> Outra:
<input type="checkbox"/> Ambulante <input type="checkbox"/> Estabelecimento fixo <input type="checkbox"/> Sem estab. fixo e Domicílio tributário, sem estoque de mercadorias no local.
<input type="checkbox"/> Solicita isenção de ISSQN, conforme Art. 90, do Código Tributário Municipal.
<input type="checkbox"/> Solicita isenção de TAXAS, conforme Arts. 92 ao 163, do Código Tributário Municipal.
<input type="checkbox"/> Solicita isenção de PREÇO PÚBLICO, conforme Decreto Municipal vigente pertinente ao preço público.

04 – ALTERAÇÃO DE CADASTRO

<input type="checkbox"/> Razão social* <input type="checkbox"/> Atividade* <input type="checkbox"/> Endereço* <input type="checkbox"/> Horário Especial* <input type="checkbox"/> Horário Normal
<input type="checkbox"/> Capital Social <input type="checkbox"/> Sócios <input type="checkbox"/> End. Correspondência <input type="checkbox"/> Publicidade <input type="checkbox"/> Regime de Tributação
<input type="checkbox"/> Outra:
<i>* - Alteração passível de análise e substituição ou emissão de nova licença municipal.</i>

05 – CANCELAMENTO

Data da cessação das atividades: ____/____/____
Possui: Talão de nota fiscal de prestação de serviços <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Livro de registro destas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Solicita certidão de cancelamento para fins de: de: _____

