



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DA CAROBA
SECRETARIA MUNICIPAL E FINANÇAS - DEP. DE TRIBUTAÇÃO

REQUISIÇÃO DE ALVARÁ

Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Bela Vista da Caroba

etiqueta

O abaixo qualificado, por seu responsável, requer a Vossa Excelência, uma vez pagos os emolumentos da Lei, autorização para o pretendido:

ATENÇÃO: PARA EMPRESAS É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DO QUADRO ABAIXO

E M P R E S A	RAZÃO SOCIAL:
	RAMO CNAE-Fiscal:
	ENDEREÇO:
	COMPLEMENTO: BAIRRO: CEP:
	TELEFONE: E-MAIL:
	ALVARÁ: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO <input type="checkbox"/> 2º VIA <input type="checkbox"/> FILIAL <input type="checkbox"/> N.F.MATRIZ:
ALTERAÇÃO: <input type="checkbox"/> RAZÃO SOCIAL <input type="checkbox"/> RAMO <input type="checkbox"/> ENDEREÇO <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO	
REGISTRO: <input type="checkbox"/> JUNTA COMERCIAL NIRE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DATA: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> CARTÓRIO TIT.DOC. Nº DATA: ____/____/____	
CNP J: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CPF RESP.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CRC RESP. TÉCNICO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	

ATENÇÃO: PARA AUTÔNOMOS É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DO QUADRO ABAIXO

A U T Ô N O M O	NOME:
	PROFISSÃO: CPF: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	ENDEREÇO:
	COMPLEMENTO: BAIRRO: CEP:
	TELEFONE: E-MAIL:
	ALVARÁ: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO <input type="checkbox"/> 2º VIA <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO
ALTERAÇÃO: <input type="checkbox"/> NOME <input type="checkbox"/> PROFISSÃO <input type="checkbox"/> ENDEREÇO	

OBS.: OS DOCUMENTOS ANEXADOS NÃO SERÃO DEVOLVIDOS

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e assumo total e inteira responsabilidade pelas mesmas, nos termos da legislação em vigor.

Em caso de domicílio tributário fico ciente de não poder exercer a atividade no local.

Assinatura

N.T.P. DEFERIMENTO. Data ____/____/____

Nome Legível

USO EXCLUSIVO DA P.M.C.

PARA LIBERAÇÃO DO PROCESSO DEVEM SER ATENDIDAS AS SEGUINTE EXIGÊNCIAS:

Visto: ____/____/____

VIDE-VERSO