

	REQUERIMENTO PARA ALVARÁ DE LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO			PROTOCOLO Nº	
	PREFEITURA MUNICIPAL DE QUTRO BARRAS				
DATA:					
<input type="checkbox"/> Alvará Inicial <input type="checkbox"/> Alteração de Alvará <input type="checkbox"/> Renovação de Alvará <input type="checkbox"/> Baixa de Alvará					
Nome/Razão Social:					
Nome Fantasia: (Preencher apenas se estiver registrado no ato constitutivo).					
CPF/CNPJ:		Inscrição Municipal/INCRÁ:		Capital Social:	
Logradouro:					
Nº/Complemento:		Bairro:		CEP:	
Telefone:		Celular:		E-mail:	
1º Natureza Jurídica					
<input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> MEI <input type="checkbox"/> Empresa Individual <input type="checkbox"/> LTDA <input type="checkbox"/> EIRELI <input type="checkbox"/> S/A					
2º Ramo de Atividade			3º Porte da Empresa		
<input type="checkbox"/> Serviços <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Indústria			<input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> EPP <input type="checkbox"/> EMP <input type="checkbox"/> EGP		
Descrição da Atividade Principal:					
4º Estabelecimento					
<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Locado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/> Outro _____					
Área Total (m²): _____ / Área Utilizada (m²): _____					
<input type="checkbox"/> Exerce atividade Ind. ou Com. no Endereço <input type="checkbox"/> Escritório Administrativo <input type="checkbox"/> Domicílio Fiscal (Residência)					
5º Quando se tratar de Alteração					
<input type="checkbox"/> Razão Social <input type="checkbox"/> Nome Fantasia <input type="checkbox"/> Endereço <input type="checkbox"/> Atividade <input type="checkbox"/> Área					
<input type="checkbox"/> Natureza Jurídica <input type="checkbox"/> Quadro Societário <input type="checkbox"/> Dados do Empresário <input type="checkbox"/> Outro _____					
6º Dados do Responsável - Sócio/Administrador/Diretor/Procurador					
a) Nome/Razão Social:				%Cotas/Participação:	
CPF/CNPJ:		Telefone:		Celular:	
Logradouro:				Nº/Complemento:	
Bairro:		UF:	CEP:	E-mail:	
Possui Contador/Escritório Contábil: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S		Telefone:		CRC Nº:	
Nome/Razão Social:				CPF/CNPJ:	
OBS: OS DOCUMENTOS ANEXADOS NÃO SERÃO DEVOLVIDOS.					
7º Termo de Responsabilidade					
Eu, _____, Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e autênticos os documentos apresentados conforme Lei Federal nº 4.729 de 14/06/1965. Bem como dou a ciência expressa de que devo comunicar qualquer alteração, paralisação ou encerramento das atividades num prazo de 30(trinta) dias de sua ocorrência, conforme o disposto no Art. 93 da Lei 38/2001, passível de imposição de multa prevista no Art. 219 da referida lei, não excluindo a apuração e aplicação de demais sanções cíveis e penais pertinentes a cada caso. Assinatura: _____					
Responsável pela entrega do Alvará:			Responsável pela retirada do Alvará:		
Data: _____/_____/_____			Data: _____/_____/_____		
Assinatura/Carimbo: _____			Nome/Assinatura: _____		