



Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

REQUERIMENTO ATIVIDADE AMBULANTE

DADOS DO CONTRIBUINTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: _____ CPF/CNPJ _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL/CORRESPONDÊNCIA:

RUA/AV.: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____, CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

TELEFONE(S) _____ e-mail: _____

DADOS DO LOCAL DE POSSÍVEL REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

O REQUERENTE DEVERÁ INDICAR TRÊS LOCAIS PARA ANÁLISE DA FISCALIZAÇÃO

1) RUA/AV.: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

2) RUA/AV.: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

3) RUA/AV.: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

DESCRIÇÃO DETALHADA DA ATIVIDADE: _____

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA VENDA:

VEÍCULO BANCA TENDA PORTA A PORTA OUTROS

CARACTERÍSTICAS _____

Lagoa Santa, ____ de _____ de 20 ____

Nome e assinatura do requerente - CPF: