



REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DE AUTO DE VISTORIA E ORIENTAÇÃO PARA ACESSIBILIDADE

I- RESPONSÁVEL PELO EVENTO

NOME:

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA):

NÚMERO:

COMPLEMENTO (APTO, SALA):

CEP:

BAIRRO:

CIDADE / UF:

RG:

CPF:

TELEFONE:

CELULAR:

E-MAIL:

II- DENOMINAÇÃO DO EVENTO:

III- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

IV- RESPONSÁVEL AUTORIZADO PARA RETIRADA DO AUTO

NOME:

RG:

CPF:

V- LOCALIZAÇÃO EXATA DO LOCAL ONDE O EVENTO IRÁ ACONTECER

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA):

NÚMERO:

COMPLEMENTO (APTO, SALA):

CEP:

BAIRRO:

CIDADE / UF:

VI – DATA E HORÁRIO DE INÍCIO E TÉRMINO DO EVENTO

INÍCIO DO EVENTO

TÉRMINO DO EVENTO

NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES DO EVENTO:

DATA:

HORÁRIO:

DATA:

HORÁRIO:

VII- INFORMAÇÃO DO USO DE ÁREA PARTICULAR OU ÁREA PÚBLICA NA REALIZAÇÃO DO EVENTO

OBSERVAÇÃO: A RETIRADA DO COMPETENTE AUTO, SOMENTE SERÁ AUTORIZADA AO PRÓPRIO REQUERENTE OU AO RESPONSÁVEL AUTORIZADO NO ITEM IV.

DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EVENTO