



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE APUCARANA
IDEPPLAN - INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO PESQUISA E PLANEJAMENTO DE APUCARANA

FORMULÁRIO DE CONSULTA PRÉVIA

SR.(A) ATENDENTE NÃO PROTOCOLAR ESTA CONSULTA COM RASURAS OU FALTANDO DADOS SOLICITADOS

DOCUMENTO OBRIGATÓRIO PARA ABERTURA E ALTERAÇÃO DE ALVARÁ DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO.

1 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

NOME/RAZÃO SOCIAL:		CPF/CNPJ:
ENDEREÇO (RUA/AV./ETC.):	NUMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	TELEFONES:

2 IDENTIFICAÇÃO DO IMÓVEL SOBRE O QUAL REQUER A VIABILIDADE:

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, LOGRADOURO):		NUMERO:	COMPLEMENTO:
LOTE:	QUADRA:	Nº DA INSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA * :	
BAIRRO / GLEBA:			

* A inscrição imobiliária é formada por 13 números no seguinte formato: 000-000-0000-000 e se encontra no carnê do IPTU referente ao lote.

3 IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE PRETENDIDA:

RAMO DA ATIVIDADE:	<input type="checkbox"/> INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> COMERCIAL	<input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:			
ÁREA SER OCUPADA PELA ATIVIDADE: _____ m ²	SERÁ DESENVOLVIDA NA RESIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:	
O LOCAL SERÁ PONTO DE REFERÊNCIA FISCAL DA EMPRESA (SEM EXERCÍCIO DE ATIVIDADE NO LOCAL): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

4 DECLARAÇÃO

DECLARO SEREM VERÍDICAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS E ASSUMO TOTAL E INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO VIGENTE. EM CASO DE REFERÊNCIA FISCAL, FICO CIENTE DE NÃO PODER EXERCER A ATIVIDADE NO LOCAL.

EM ____/____/____

_____ ASSINATURA DO REQUERENTE

USO EXCLUSIVO DO ATENDIMENTO

O PARECER ABAIXO ESTÁ DE ACORDO COM OS PARAMETROS ESTABELECIDOS PELA LEI 005/14, QUE TRATA DO USO E OCUPAÇÃO DO SOLO URBANO NO MUNICÍPIO DE APUCARANA.

IMÓVEL LOCALIZADO NO ZONEAMENTO: _____

- () PERMITIDO - ATIVIDADE COMPATÍVEL COM O ZONEAMENTO
- () PERMITIDO - SOMENTE COMO PONTO DE REFERÊNCIA FISCAL
- () PROIBIDO - ATIVIDADE INCOMPATÍVEL COM O ZONEAMENTO
- () COMPARECER AO IDEPPLAN PARA MAIORES ESCLARECIMENTOS

OBSERVAÇÃO: _____

DATA DE EMISSÃO

____/____/____

_____ ASSINATURA / CARIMBO DO SERVIDOR

VALIDADE: 90 (NOVENTA) DIAS APÓS A DATA DE EMISSÃO.