



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação
Subsecretaria de Ordenamento das Cidades
Administração Regional de Águas Claras

REQUERIMENTO
LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

O estabelecimento a seguir qualificado:

Nº Requerimento:

Nome / Razão Social:	CPF/CNPJ:
Endereço/Local do Evento:	Telefone p/ contato:
Atividade/Tipo de Evento:	
Horário de Funcionamento / Período do Evento:	Capacidade de Público Estimado:

Tipo de Requerimento

<input type="checkbox"/> Nova Licença	<input type="checkbox"/> Empreendedor	<input type="checkbox"/> Mobiliário Urbano
<input type="checkbox"/> Licença Eventual	<input type="checkbox"/> Substituição do Alvará de Funcionamento Indeterminado	
_____ / _____ / _____ Data		
_____ Assinatura		

A Inspeção de Saúde de Águas Claras

<input type="checkbox"/> As condições Sanitárias de funcionamento do estabelecimento estão de acordo com as normas em vigor.
<input type="checkbox"/> As condições Sanitárias de funcionamento do estabelecimento NÃO estão de acordo com as normas sanitárias em vigor, devendo satisfazer as exigências contidas na intimação _____ conforme cópia em anexo.

_____ / _____ / _____ Data	_____ Assinatura
-------------------------------	---------------------