



Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CASTELO

(28) 3547-1101 Fax (28) 3547-1104

REQUERIMENTO DE LICENÇA SIMPLIFICADA

Objetivo do requerimento: <input type="checkbox"/> Licença Simplificada <input type="checkbox"/> Renovação de Licença Simplificada <input type="checkbox"/> Licença Única		Fase do empreendimento: <input type="checkbox"/> Planejamento <input type="checkbox"/> Instalação <input type="checkbox"/> Operação Data de início da operação: ____ / ____ / ____	
Licença Ambiental ou protocolo anterior Nº da Licença e do Processo: _____ Órgão Expedidor: _____ Nº do protocolo: _____ <input type="checkbox"/> Não possui processo anterior de requerimento de licença ambiental em nenhum órgão ambiental.			
ATIVIDADE A SER LICENCIADA			
Descrição da atividade:			
Código enquadramento:			
Endereço da unidade a ser licenciada:			
Coordenada de localização (SIRGAS 2000, UTM):			
Ponto de Referência:			
IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
Razão Social/Nome:			
Nome Fantasia:		CNPJ/CPF:	
Endereço completo para correspondência:			
E-mail:		Telefone:	
REPRESENTANTE LEGAL			
Nome:			
Profissão:		CPF:	Telefone:
RESPONSÁVEL TÉCNICO			
Nome:		CPF:	
Endereço completo:			
Conselho e nº de Registro:		E-mail:	
Vínculo: <input type="checkbox"/> Consultor externo <input type="checkbox"/> Funcionário da empresa Telefone:			

Declaro que as informações são de expressões da verdade estando ciente das sanções previstas em lei.

Representante legal