

RECADASTRAMENTO CADASTRAMENTO

DO TITULAR E AUXILIAR	1 . DADOS DO TITULAR			
	NOME:		RG/ÓRGÃO EMISSOR:	CPF:
	ENDEREÇO RESIDENCIAL:		BAIRRO:	MUNICÍPIO:
	DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE:	CELULAR:	EMAIL:
	2 . DO AUXILIAR (SE HOUVER)			
	1) NOME:		AUXILIAR/PARCEIRO:	RG/ÓRGÃO EMISSOR:
ENDEREÇO:		BAIRRO:	MUNICÍPIO:	
DATA DE NASCIMENTO:		TELEFONE:	CELULAR:	EMAIL:
DO MÓDULO	3 . DADOS DE INSTALAÇÃO ATUAL			
	ENDEREÇO:		BAIRRO:	MUNICÍPIO:
	4 . DADOS DA AUTORIZAÇÃO (SE HOUVER) ATUAL			
	Nº DE REGISTRO DO MÓDULO:	Nº DO PROCESSO INICIAL DE AUTORIZAÇÃO:	TUAP PAGA (2009):	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	5 . DA INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO			
	O MÓDULO ESTÁ INSTALADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		SE INSTALADO, HÁ QUANTO TEMPO?	
	O MÓDULO ESTÁ FUNCIONANDO ATUALMENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DIAS DA SEMANA:	HORÁRIOS:
6 . DIMENSÕES				
FRENTE:		LATERAL:	ALTURA:	
7 . DADOS DIVERSOS (ASSINALE O QUE EXISTIR INSTALADO)				
LUZ ELÉTRICA: <input type="checkbox"/>		TELEFONE: <input type="checkbox"/>	COMPUTADOR: <input type="checkbox"/>	
DOS PEDIDOS	8 . EXISTEM PROCESSOS SOB ANÁLISE NA PREFEITURA, PARA:			
	ALTERAÇÃO DE TITULARIDADE:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM, Nº DO PROCESSO:	<input type="text"/>
	ALTERAÇÃO DE LOCAL:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM, Nº DO PROCESSO:	<input type="text"/>
DOS PRODUTOS E SERVIÇOS	9 . RELAÇÃO DOS PRODUTOS E SERVIÇOS QUE SÃO COMERCIALIZADOS NO MÓDULO DE CHAVEIRO (ART. 27 . LEI 1876/92)			
	I . SERVIÇOS DE CHAVEIRO A DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
	II . VENDA DE CADEADOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
	III . CONFECÇÃO DE PLACAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
	IV . CUTELARIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
	V . SERVIÇOS DE GRAVAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
	VI . OUTROS (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
<hr/> <hr/>				

DECLARO, NA CONDIÇÃO DE TITULAR ACIMA QUALIFICADO, ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, ESTANDO CIENTE E DE ACORDO COM OS TERMOS E CONDIÇÕES DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO SEOP Nº 01/2010.

ASINATURA DO TITULAR DO MÓDULO (REALIZADA NA PRESENÇA DO SERVIDOR ATENDENTE):

DATA:

/ /

