

REQUERIMENTO

NOME/RAZÃO SOCIAL:		
STEFANIO JAKSON LOPES		
NOME FANTASIA:		
INSTITUTE UNIVISÃO		
CPF/CNPJ:	RG:	
084.656.674-54	20077260664 SSP/CE	
ENDEREÇO (AV/RUA):	NÚMERO:	
RUA MANOEL ALVES RIBEIRO	S/N	
COMPLEMENTO:	BAIRRO/DISTRITO:	CEP:
RESTAURANTE	CENTRO	56120-000
CIDADE:	UF:	
VERDEJANTE	PE	
TELEFONE(S):	E-MAIL:	
(81)99324-2526	stefaniolopes914@gmail.com	
ATIVIDADE PRINCIPAL:		
4774-1/00 – COMÉRCIO VAREJISTA DE ARTIGOS DE ÓPTICA.		

Venho por meio deste solicitar a concessão do Alvara de Localização/Funcionamento relativo ao contribuinte acima citado, habilitando-se assim o interessado ao regular exercício de suas atividades prestacionais e/ou comerciais, que obedecerão na íntegra a legislação municipal e o horário de funcionamento outorgado por esta municipalidade.

Como complementação da presente solicitação segue em anexo demais documentos solicitados.

OBSERVAÇÕES:

--

Sem mais para o presente momento.

Verdejante, 14 de MAIO de 2024.



STEFANIO JAKSON LOPES  
CPF/CNPJ: 084.656.674-54