



MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO
REQUERIMENTO PARA REATIVAÇÃO DE PROCESSO

INFORMAÇÕES DO PROPRIETÁRIO

| | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nome: | | E-mail: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| CPF / CNPJ: | RG: | Telefone: | Celular: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Endereço – Avenida / Rua: | | | número |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| Loteamento: | Cidade: | CEP: | Estado: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

INFORMAÇÕES DO IMÓVEL

| | | | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Endereço – Avenida / Rua: | | | Número |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| Loteamento: | Cidade: | Quadra | Lote |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Zoneamento | | Inscrição Cadastral | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

- Matrícula atualizada do imóvel (3 meses)
- ART/ RRT, caso da alteração de responsável técnico
- Cópia da nota de devolução expedida pelo órgão que está solicitando.
- Vias do memorial aprovado
- Vias do projeto aprovado
- 01 via de memorial para análise
- 01 via de projeto para análise

DESCRIÇÃO DO MOTIVO DA SUBSTITUIÇÃO

Assinatura do Proprietário

Assinatura Resp. Técnico/ Autor do Autor do Projeto