



PREFEITURA DE BIGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO PARTICIPATIVA

REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO DE ACESSIBILIDADE

INFORMAÇÕES DO PROPRIETÁRIO OU INQUILINO	
REQUERENTE:	
RG:	CPF:
ENDEREÇO RESIDENCIAL/DOMICÍLIO:	
TELEFONE:	E-MAIL:
INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	
RG:	CPF:
NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO:	
TELEFONE:	E-MAIL:
INFORMAÇÕES DO IMÓVEL OU EMPRESA A SER CERTIFICADA	
NOME EMPRESARIAL:	
NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO:	
DESCRIÇÃO DO USO/ ATIVIDADE DESENVOLVIDA:	
EDIFICAÇÃO POSSUI PROJETO ARQUITETÔNICO APROVADO: () SIM () NÃO	Nº DO PROCESSO DO PROJETO ARQUITETÔNICO APROVADO:

Nestes termos, pede deferimento.

Biguaçu, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU INQUILINO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO