



REGISTO		INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
Entrada n.º	<input type="text"/>	Preencher pelos serviços	A Preencher pelos serviços
Processo n.º	<input type="text"/>		
Registado em:	<input type="text"/>		
O Funcionário:	<input type="text"/>		

EXMO(A) SENHOR(A) PRESIDENTE

DA CÂMARA MUNICIPAL DE ARRAIOLOS

**VISTORIA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA, SALUBRIDADE E ARRANJO ESTÉTICO**

**Identificação do requerente** (preencher com letra maiúscula)

Nome/Designação

Domicílio/sede  N.º

Localidade  Código Postal

NIF / NIPC  BI / CC  Passaporte  válido até

**Identificação do representante** (preencher com letra maiúscula)

Nome/Designação

Domicílio/sede  N.º

Localidade  Código Postal

NIF / NIPC  BI / CC  Passaporte  válido até

Na qualidade  Mandatário  Sócio-gerente  Administrador  Outro

**Meios de notificação ao requerente ou representante**

Autorizo o envio de eventuais notificações decorrentes desta comunicação para o seguinte endereço:

Domicílio/sede  N.º

Localidade  Código Postal

Telefone  Fax  Email

**Pedido**

Em conformidade com o estabelecido nos n.ºs 2 e 3 do artigo 89.º do Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2014, de 9 de setembro (RJUE), **vem requerer a V. Exa. vistoria para verificação das condições de segurança, salubridade e arranjo estético** do  edifício  fração,  com processo de obras  sem processo de obras, sito em :

na freguesia de , deste concelho, descrito na Conservatória do Registo Predial sob o n.º , e inscrito na matriz predial  sob o artigo

Propriedade de  NIF / NIPC

Domicilio/sede		<input type="text"/>		N.º	<input type="text"/>
Localidade		<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>	
Para que a Câmara Municipal:					
<input type="checkbox"/> Determine a execução de obras de conservação necessárias à correção de más condições de segurança ou de salubridade ou à melhoria do arranjo estético					
<input type="checkbox"/> Ordene a demolição total ou parcial das construções que ameacem ruína ou ofereçam perigo para a saúde pública e para a segurança das pessoas.					
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> O Requerente / <input type="checkbox"/> O Representante			Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.		
(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo, se o mesmo não souber ou não puder assinar)			O Funcionário		
			Pago pela guia n.º	<input type="text"/>	Conforme regulamento taxas do Município
Data	<input type="text"/>		Data	<input type="text"/>	
<b>Gestor do Procedimento:</b>					
Nome	<input type="text"/>				
Local	Câmara Municipal	Horário	09:00H às 17:00H	Atendimento presencial	Quinta-feira