



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DO COMÉRCIO
DIRECÇÃO NACIONAL DO COMÉRCIO E SERVIÇOS MERCANTIS

AUTO DE VISTORIA

Ao abrigo do artigoº do Decreto nº, deslocou-se no dia do mês de do ano de dois mil e a Comissão de Vistoria ao estabelecimento comercial, sito na Rua, nº, Comuna de, Município de, Cidade de, pertencente a, tendo-se constatado o seguinte:

Total do Número de Trabalhadores:

NACIONAIS		ESTRANGEIROS	
Homens	[][][][]	Homens	[][][][]
Mulheres	[][][][]	Mulheres	[][][][]
Sub-total	[][][][][]	Sub-total	[][][][][]

Classificação de Modalidade de Vendas a exercer:

- Cash And Carry Loja de Conveniência
 Comércio Electrónico Tele-venda
 Certames Comerciais

Modalidade de Promoção de Vendas:

- Venda Multinível Vendas em Saldo
 Venda com Recompensa Venda em Liquidação

Classificação do Estabelecimento Comercial:

- Hipermercado Centro Comercial Comércio Grossista
 Supermercado Comércio a Retalho Minimercado
 Comércio Geral Comércio de Representação
 Prestação de serviços Mercantis

Classificação da Actividade Económica a exercer:

C.A.E. [][][][][]

Classificação de Vendas Especiais a Exercer:

- V. Domiciliária V. Distância V. Automática
 V. Ocasional V. de Promoção V. em Leilão

RESULTADOS DA INSPECÇÃO A INFRA-ESTRUTURA COMERCIAL OU DE SERVIÇO

- | | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|---------|--------------------------|-----|--------------------------|
| a) Estado de funcionalidade | Bom | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Mau | <input type="checkbox"/> |
| b) Condições de Saúde Pública | Bom | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Mau | <input type="checkbox"/> |
| c) Condições de Segurança Pública | Bom | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Mau | <input type="checkbox"/> |
| d) Área de Exposição e Venda | | | | | | |
| e) Área Bruta | | | | | | |

APÓS DELIBERAÇÃO A COMISSÃO CONSIDERA O ESTABELECIMENTO COMERCIAL ESTAR:

Apto para ser aberto ao público

Apto para obtenção do Certificado de Habitabilidade

Com deficiências e recomendou a sua superação no prazo de dias a contar da presente dada.

Feito em, aos de de

ASSINATURAS

A Comissão:

Nome	Função
1-
2-
3-

O Requerente

a) Enumerar as deficiências

b) As falsas declarações são puníveis nos termos da Lei.