



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

MODELO DE REQUERIMENTO PARA VISTA / CÓPIA DE DOCUMENTO / PROCESSO

| 1) IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE | | |
|--------------------------------|----------------------------|-------------|
| Nome: | | |
| CPF: | RG: | |
| Endereço: | N° | |
| Bairro: | CEP: | |
| Município: | UF: | |
| E-mail: | | |
| Telefone residencial: () | Telefone comercial: () | Fax: () |

| 1) IDENTIFICAÇÃO DO ATENDENTE (*Uso exclusivo do órgão) | |
|---|---------------------|
| Nome: | |
| N° de matrícula: | RG: |
| 2) REQUERIMENTO (*Uso exclusivo do órgão) | |
| [] Processo [] Documento avulso [] Outros: | |
| Número/ano do processo administrativo: | |
| CNPJ/CPF: | Inscrição Estadual: |
| 3) VISTA DE PROCESSO (*Uso exclusivo do órgão) | |
| Somente vista no balcão () | |
| Deferido cópia parcial () das folhas no. _____ | |
| Deferido cópia Integral () – capa à capa. | |

Declaro sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente de que a falsidade na prestação destas informações constitui crime, na forma do artigo 299, do código penal (pena de reclusão de 1 a 5 anos e multa).

Assinatura do Atendente/Concedente

Assinatura do Requerente