



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA
Secretaria Municipal de
Saúde Vigilância em Saúde
Vigilância Sanitária

**REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA
CUMPRIMENTO DOS ITENS DO RELATÓRIO N° 10**

PROCESSO n° : _____

1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

Nome Fantasia:

CNPJ / CPF:

Rua, Avenida, etc:

N°:

Bairro:

CEP:

2 - OBJETO DA SOLICITAÇÃO: Requerente acima identificado, vem solicitar o deferimento da prorrogação do prazo para cumprimento das exigências contidas no relatório abaixo especificado em face das razões e motivos abaixo articulados.

N° do Relatório	N° Item	Justificativa/ Cronograma	Prazo Solicitado
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Em caso de falta de espaço deverá preencher a folha continuadas

Local e Data

VIANA _____, ____ / ____ / ____

Assinatura do
requerente/Procurador
(anexar procuração)

CPF: _____