PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental

SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

Florianópolis,____de _____de_____

Para Fiscal(s):
Eu,
Empresa:
CNPJ/CPF:
Endereço:
Solicito, ___ dias de prorrogação de prazo a partir do dia ___/___/___ referente ao Auto de Intimação Nº _____.

Descrição dos Motivos:

Telefone para Contato: ( )
Assinatura: