Secretaria da Saúde

Prefeitura de Joinville

Solicitação de Prorrogação de Prazo

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome

CPF

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Nome

CNPJ / CPF / Inscrição Imobiliária

Rua:

Nº

Bairro

Complemento

Referência

Telefones

E-mail

AUTUAÇÃO

Número do Auto de INTIMAÇÃO

Data de emissão dos documentos

PRAZO SOLICITADO

Solicito dias de prazo, para (justifique a necessidade do prazo solicitado):

Data da assinatura:

Assinatura do solicitante

PARECER FISCAL

[ ] DEFERIDA a solicitação de prazo	
[ ] INDEFERIDA a solicitação de prazo	
Justificativa:	
	Assinatura e carimbo
	Data