PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS
SEFMED

REQUERIMENTO DE PRAZO

A Empresa/Profissional Autônomo: _____

Situada no Endereço:_____

Vem através desta solicitar o prazo de _____ dias, para cumprimento das exigências solicitadas no BVO/RI nº_____.

Justificativa:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Sem Mais,

Campo Grande, _____de_____de _____

_____
(ASSINATURA PROFISSIONAL/CARIMBO)

Telefone: _____

E-mail: _____

1ª via (Vigilância)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS
SEFMED

REQUERIMENTO DE PRAZO

A Empresa/Profissional Autônomo: _____

Situada no Endereço:_____

Vem através desta solicitar o prazo de _____ dias, para cumprimento das exigências solicitadas no BVO/RI nº_____.

Justificativa:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Sem Mais,

Campo Grande, _____de_____de _____

_____
(ASSINATURA PROFISSIONAL/CARIMBO)

Telefone: _____

E-mail: _____

2ª via (Contribuinte)