

À

Prefeitura do Município de Jundiaí

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

*Razão Social / Nome do Interessado¹		*CNPJ / RG:
Nome do Representante Legal		*RG:
* Nome do(a) autorizado(a) a retirar e/ou obter vistas (caso não seja o próprio interessado)		*RG:
Endereço:		
*Tel.: ()		* E-mail:
Tipo de Solicitação: 1- () <u>Vista</u> do documento/Processo. 2- () <u>Cópia</u> em papel. Processo nº _____	* Extensão da cópia: 1- () Cópia Integral 2- () Cópia Parcial Folhas de _____ a _____	
* Este pedido de vista ou cópia tem a finalidade de subsidiar a interposição de recurso? 1- () Sim 2- () Não Ato (Tipo e nº) _____.		

Informações complementares

Importante:

Este formulário deverá ser entregue na Recepção do CEREST de 2ª a 6ª das 7h00 às 16h00

1 – No caso de documentos sigilosos, o interessado deverá apresentar instrumento de mandato que comprove a representação legal da empresa titular do processo/documento.

2 - A cópia solicitada em papel somente será providenciada após o recebimento do comprovante de pagamento da Guia de Recolhimento (R\$ 0,10 centavos por folha).

*** Os campos com asterisco são de preenchimento obrigatório.**

Jundiaí, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Interessado (a)/ Solicitante