



PREFEITURA MUNICIPAL

SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado de São Paulo

* * *

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME OU RAZÃO SOCIAL: _____

PESSOA FÍSICA – RG: _____ CPF: _____

PESSOA JURÍDICA – CNPJ: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

E-MAIL: _____

ENDEREÇO DA RECLAMAÇÃO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ REFERÊNCIA: _____

SOLICITAÇÃO: _____

SÃO JOÃO DA BOA VISTA, ____/____/____.

ASSINATURA DO REQUERENTE