



**JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE VISTA DE PROCESSO POR TERCEIRO**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

À Secretaria Municipal de Saúde

**Unidade do processo:** \_\_\_\_\_

Sr.(a) Diretor(a) / Coordenador(a),

Eu, \_\_\_\_\_, RG n.º \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

CPF n.º \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro e justifico a necessidade de vista do Processo n.º

\_\_\_\_\_ pelo(s) motivo(s) exposto(s) a seguir:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante