POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
CORPO DE BOMBEIROS
SÉTIMO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS - CAMPINAS

CERTIDÃO DE SINISTRO Nº:

FORNECIDO PELO
RECEPCIONISTA NO BOMBEIRO

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE SINISTRO

DADOS PESSOAIS:
(PREENCHIMENTO EM LETRA TIPO BASTÃO E LEGÍVEL)

NOME DO SOLICITANTE:

ENDEREÇO: **Nº:**

BAIRRO: **CIDADE:** **ESTADO:**

R.G. OU C.P.F. DO SOLICITANTE: **TELEFONE PARA CONTATO:**
DDD

DADOS DA OCORRÊNCIA:
(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

TIPO DA OCORRÊNCIA:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA : **Nº:**

BAIRRO: **CIDADE:** **ESTADO:**

DATA DA OCORRÊNCIA: **HORÁRIO:** **Nº DO RELATÓRIO EMITIDO PELO C.B.:**

OBSERVAÇÕES:

DATA DA SOLICITAÇÃO: (PREENCHIDO PELO SOLICITANTE)

PROTOCOLISTA DO DIA:

NOME: **DATA:** **HORA:**

FO0197/JUN/01 - ALTERADO 08/05 - VIA ÚNICA - FORMATO - A4 (210 X 297 mm) - CÓD. MATERIAL : 26133

DESTACAR E ENTREGAR AO SOLICITANTE DA CERTIDÃO DE SINISTRO.

AO SOLICITANTE DA CERTIDÃO DE SINISTRO:

A CERTIDÃO DE SINISTRO É ISENTA DE QUALQUER TAXA.

O DOCUMENTO FINAL SERÁ EMITIDO NUM PRAZO MÁXIMO DE 5 DIAS ÚTEIS, PODENDO SER PRORROGADO DEVIDO À CONFIRMAÇÃO DE DADOS E FATOS A SEREM CONSTADOS NA CERTIDÃO.

O SOLICITANTE PODERÁ ACOMPANHAR O TRÂMITE DE SUA CERTIDÃO DE SINISTRO Nº _____,

PELO TELEFONE 3739.3021.