



Prefeitura Municipal de Limeira
Secretaria Municipal de Administração
Departamento de Gestão de Pessoas

Requerimento
Adesão ao Plano Médico
Entregar no DGP

Ao
Departamento de Gestão de Pessoas

Eu, _____ Matrícula
nº _____, Secretaria _____, venho requerer a minha
inclusão, assim como a de meus dependentes junto à C.A.M.H. (Caixa de Assistência
Médico-Hospitalar), a partir do mês de _____, sendo que autorizo
portanto o desconto mensal de 5% da minha remuneração, nos termos da Lei.

Limeira, ____ de _____ de _____.

Assinatura

E-mail: _____

Telefone: _____

Rua Dr. Alberto Ferreira, 179 - Centro - 13480-074 - Limeira/SP

Fone: (19) 3404.727/3404.9655 Email: adm.rh-cadastro@limeira.sp.gov.br