MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

Data _____ /_____ / _____

Nº do Processo _____

Assunto _____
_____
_____

*Distribuição*_____
_____

EXMO.(A) SR.(A)
PREFEITO(A) MUNICIPAL DE CAÇAPAVA-SP

Eu _____

CPF/CNPJ _____ *RG* _____

Endereço: _____

nº _____ *Bairro* _____ *Cidade* _____ *CEP* _____

Telefone/Celular _____ *e-mail* _____

Vem Requerer:

( ) Certidão
( ) Cópia em geral
( ) Cópia de prontuário médico
( ) Doação de órteses/próteses/outros
( ) Medicamento de Alto Custo
( ) Laudo médico

Outros: _____
_____
_____

Complemento: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Recolhimento de Importância

De Protocolo …… R$ …….
De ……..R$ …….
De ……..R$ …….
De ……..R$ …….
De ……..R$ …….
Total …….. R$ …….
Caçapava _____/ _____/_____

_____
ATENDIMENTO

Nestes termos,
Pede deferimento.

Guia de recolhimento nº _____

Caçapava, _____ de _____ de 20 _____

_____
Assinatura