

Formulário de Solicitação de Auxílio Saúde

Exmo. Sr.
Presidente da Câmara Municipal de Cotia-SP

Eu,
sirvo-me do presente para solicitar o pagamento do Auxílio-saúde, conforme estabelecido na Resolução Municipal nº 2/2022.

Para tanto, nos termos do Artigo 4º da referida Resolução, informo que os comprovantes de pagamento anexos sendo o boleto com comprovação de pagamento ou comprovante de pagamento de mensalidade devidamente autenticado:

BENEFICIÁRIO	MÊS/ANO REFERÊNCIA	DATA DO PAGAMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observação: em caso de inclusão/exclusão de dependente/titular, informe imediatamente ao Departamento de Recursos Humanos para fins de cadastro, alteração ou perda de condição de solteiro do dependente menor de 21 anos, bem como falecimentos e demais condições elencadas no artigo 10º da Resolução Municipal nº 2/2022.

Cotia, de de

Assinatura