



MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ
CÂMARA MUNICIPAL

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal
de Santa Cruz

REQUERIMENTO REEMBOLSO DE FACTURAÇÃO

	N.º DE CONTRIBUINTE			
NOME:				
MORADA				
CÓDIGO POSTAL		FREGUESIA		
TELEFONE		FAX	E-MAIL	
PROFISSÃO				C.A.E.
ESTADO CIVIL		CONTACTO	QUALIDADE	
B.I. NÚMERO		DATA EMISSÃO	ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO	

Objecto do Requerimento

Venho Por este meio solicitar a V.^a Ex.^a o reembolso referente aos meses de

ESPERA DEFERIMENTO, O REQUERENTE, _____

AOS

ENTRADA	
A T E N D I M E N T O	
PRCS ADM	
RQRT ATE	
S U B S I S T E M A	
REQUERIMENTO	
PROCESSO	
O FUNCIONÁRIO	

INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	PREENCHER PELOS SERVIÇOS