



MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ  
CÂMARA MUNICIPAL

Exmo. Senhor  
Presidente da Câmara Municipal  
de Santa Cruz

**REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE REEMBOLSO TARIFA DE ESGOTO**

	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**

Vem requerer a V. Exa o reembolso da tarifa de esgoto no valor de \_\_\_\_\_ relativa aos meses \_\_\_\_\_  
Rescibos n.º \_\_\_\_\_ .

Observações:

\_\_\_\_\_

ESPERA DEFERIMENTO, \_\_\_\_\_ O REQUERENTE, \_\_\_\_\_

**AOS** \_\_\_\_\_

**A Preencher pelos Serviços (informação Interna)**

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