



MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ  
CÂMARA MUNICIPAL

Exmo. Senhor  
Presidente da Câmara Municipal  
de Santa Cruz

**REQUERIMENTO PARA RECLAMAÇÃO**

	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

**CONTEÚDOS**

Reclamado:

Nome:

Morada: Freguesia

O RECLAMANTE

AOS:

ENTRADA	
<b>A T E N D I M E N T O</b>	
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	PRCS ADM <input type="text"/>
	RQRT ATE <input type="text"/>
<b>S U B S I S T E M A</b>	
	REQUERIMENTO <input type="text"/>
	PROCESSO <input type="text"/>
	O FUNCIONÁRIO <input type="text"/>

INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS
PREENCHER PELOS SERVIÇOS

DESPACHO
PREENCHER PELOS SERVIÇOS