

A  
CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CUBATÃO

COD. CONVÊNIO (            )

O (A).....  
que abaixo subscreve, juntando em anexo as faturas (guias) correspondentes aos serviços discriminados, ref. Atendimentos prestados aos mutuários e seus respectivos dependentes vem por intermédio deste, SOLICITAR o respectivo pagamento no valor total de R\$..... (.....  
.....),ref ao mês de ..... / .....

SITUAÇÃO:

(   ) MÉDICO            (   ) DENTISTA            (   ) CLÍNICAS            (   ) OUTROS

Cubatão,..... de..... de..... .

.....  
ASSINATURA E CARIMBO

PARA CRÉDITO EM CONTA BANCÁRIA

BANCO:..... AGÊNCIA:..... CONTA Nº.....