

COMUNICAÇÃO PARA EFEITOS OBTENÇÃO DE COMPARTICIPAÇÃO NOS ENCARGOS COM A SAÚDE

**Ex.mo Senhor
Presidente da Direção do CCD
4800 - 419 Guimarães**

Nome _____ **Sócio N.º** _____,

Exercendo as suas funções profissionais no Município de Guimarães / Vimagua, E.I.M. comunica a V.Ex.ª, para efeitos de reembolso da comparticipação a que tem direito, conforme fotocópias que junta em anexo e que realizou com a sua saúde.

Guimarães, ____ de _____ de 20____

O sócio do CCD

Nota: Preenchimento obrigatório do Nome Completo e número de sócio.

PAGAMENTO	
Despesa total.....	_____ €
Compart. ADSE	_____ €
Compart. CCD.....	_____ €
O Responsável	Data:
_____	____/____/____

Despacho do Diretor Responsável	
_____ deferido	

Assinatura	Data:
_____	____/____/____