



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

INCLUSÃO / EXCLUSÃO VALE MEDICAMENTO

**À
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
COORDENADORIA SETORIAL DE BENEFÍCIOS SOCIAIS**

ÓRGÃO SOLICITANTE:

DATA:

NOME	MATRÍCULA	MARQUE COM UM X	
		INCLUSÃO	EXCLUSÃO