



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA
E DIREITOS HUMANOS

ENCAMINHAMENTO SOCIAL

Campinas, ____ de _____ de _____ .

De:

Para:

Estamos encaminhando o(a) Sr.(a) _____

residente _____

que necessita _____

Atenciosamente,

TÉCNICO RESPONSÁVEL

Observações: _____

