



PAGAMENTO DE AUXÍLIO CRECHE - BENEFÍCIO PARA FILHOS DE 0 A 06 ANOS

EMPREGADOR - ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - AMAS

NOME DO DECLARANTE:

CTPS SÉRIE

CPF

ENDEREÇO

CEP:

BAIRRO

CIDADE

ESTADO

DEPENDENTES DECLARADOS

Nº ORDEM	NOME COMPLETO DO FILHO	NOME DA INSTITUIÇÃO	DATA DE NASC.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

PARA O RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO, É NECESSÁRIO QUE SEJE ENTREGUE O RECIBO OU NOTA FISCAL, CONTENDO O NOME E CNPJ DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO ATÉ O DIA 10 (dez) DE CADA MÊS

BELO HORIZONTE, ____ / ____ / 20 ____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

NÃO TENHO DECLARANTES PARA ESSE FIM

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

O recibo deverá conter o CNPJ da Instituição prestadora do Serviço