Piracicaba, 16 de 10 de 2025.

**Assunto: pagamento do Plano de Saúde dos Servidores Públicos de Piracicaba**

Prezado(a) Senhor(a):

Pelo presente, solicitamos o pagamento do boleto em anexo, com vencimento em 31 de 10 de 2025, referente às mensalidades e coparticipações do Plano de Saúde dos Servidores Públicos de Piracicaba, no valor de R$ 969,96 (novecentos e sessenta e nove reais e noventa e seis centavos).

Informamos que notificação semelhante foi enviada ao e-mail cadastrado no sistema (clauassine@gmail.com), em 21 de August de 2025.

Ressaltamos que o não pagamento poderá implicar na rescisão do plano de saúde, conforme dispositivos legais vigentes.

Aproveitamos a oportunidade para renovar a V. Sr(a)[funcionário]., os protestos de consideração.

Atenciosamente,

**JOSIEL WILLIAM PAES RODRIGUES**

Chefe de Setor

***V I S T O***

**PAULO SERGIO MILANEZ FILHO**

Gestor de Unidade

Ilmo(a) Senhor(a):

**[nome]**

Rua: [endereço]

CEP: [CEP] - Piracicaba – SP