Piracicaba, [dia atual] de [mês atual] de [ano atual].

**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 [ultimo dia do mês] de [mês atual] de [ano atual], referente às mensalidades e coparticipações do Plano de Saúde dos Servidores Públicos de Piracicaba, no valor de R$ [valor numérico] ([valor por extenso]).

Informamos que notificação semelhante foi enviada ao e-mail cadastrado no sistema ([endereço de e-mail]), em [dia] de [mês] de [ano atual].

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