

Ao Departamento de Recursos Humanos  
Prefeitura Municipal de Céu Azul  
Céu Azul - PR

Eu \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
venho solicitar a exclusão do desconto a favor do UNIMED,  
efetuado mensalmente em meu pagamento, a partir do mês  
subsequente a esta autorização.

Para o(a) seguintes dependentes:

---

---

---

---

Céu Azul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome do servidor