

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