

Ao Departamento Pessoal
Prefeitura Municipal de Céu Azul
Céu Azul - PR

Eu _____,
RG nº _____ e CPF nº _____,
venho solicitar a exclusão do desconto a favor do Plano Viver
Saúde, efetuado mensalmente em meu pagamento, a partir do
mês subsequente a este documento.

Céu Azul, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor