

Solicitação de desconto em Folha SERPROS

Na qualidade de participante assistido do SERPROS – Fundo Multipatrocinado, solicito que seja descontado do meu benefício o valor mensal correspondente à mensalidade do Plano de Saúde e/ou do Plano Odontológico do SERPRO, ao(s) qual(is) fiz adesão.

Estou ciente de que não caberá ao SERPROS qualquer responsabilidade ou providências, caso não seja efetuado o desconto por falta de margem consignável ou por outros motivos impeditivos, sendo da minha exclusiva responsabilidade o cumprimento do contrato e o pagamento das mensalidades devidas.

Nome:				<input type="text"/>			
Matrícula:		CPF:		Identidade:		<input type="text"/>	
Logradouro:			N°:	Complemento:			<input type="text"/>
Bairro:			Município:		UF:	CEP:	
DDD:	Telefone:		Celular:		E-mail:		

Data: / /

Assinatura digital ou manuscrita