

# SOLICITAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Na qualidade de participante assistido do SERPROS – Fundo Multipatrocinado, solicito que seja descontado do meu benefício o valor relativo à mensalidade do convênio de assistência médica por mim contratado, através do Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO).

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

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Local) (dia) (mês)

NOME:			
INSCRIÇÃO:	MATRÍCULA:	CPF:	IDENTIDADE:
ENDEREÇO:		NÚMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:		UF: CEP:
DDD:	TELFONE:	CELULAR:	E-MAIL:

## **PARA PREENCHIMENTO DO SERPRO:**

DATA DO RECIBIMENTO ____/____/____	RECEBIDO POR	MATRÍCULA
---------------------------------------	--------------	-----------