

ANEXO ÚNICO

TERMO DE OCORRÊNCIA DESCONTO INDEVIDO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Nome:			
CPF:		ID Funcional/Vínculo	
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF:	Telefone
Celular:		E-mail:	

Venho, por meio deste termo de ocorrência, solicitar que seja(m) suspenso(s) do meu contracheque o(s) desconto(s) facultativo(s) referente(s) à(s):

Consignatária:	Rubrica:	Valor Parcela R\$
Consignatária:	Rubrica:	Valor Parcela R\$
Consignatária:	Rubrica	Valor Parcela R\$
Consignatária:	Rubrica	Valor Parcela R\$
Consignatária:	Rubrica	Valor Parcela R\$
Consignatária:	Rubrica	Valor Parcela R\$

Declaro estar ciente de que posso ser responsabilizado nas esferas penal, cível e administrativa pelas informações por mim prestadas.

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura do requerente ou do seu representante legal