



TERMO DE EXCLUSÃO DE VALE FARMÁCIA

Eu, _____, registro _____,
venho por meio desta, solicitar a minha exclusão no benefício VALE-FARMÁCIA, ficando
ciente que o valor gasto até o cancelamento do mesmo será descontado de minha folha de
pagamento.

.

Mauá, ____ / ____ / ____.

Assinatura do servidor