

ESTADO DE SANTA CATARINA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
 SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE CÓDIGO DE DESCONTO – PERCENTUAL PARA ASSOCIAÇÕES E SINDICATOS**

NOME DO SERVIDOR _____			CPF _____._____._____-____
MATRÍCULA COMPLETA _____._____-____-____	CARGO _____	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO MASCULINO ( ) FEMININO ( )
DESCRIÇÃO DO ORGÃO DE LOTAÇÃO / ESCOLA _____			TELEFONE PESSOAL ____ ( ) _____ - _____
REQUER AO SETORIAL DE RECURSOS HUMANOS, CANCELAMENTO DO CÓDIGO RELACIONADO A SEGUIR:			
CÓDIGO: 5617	DESCRIÇÃO: SINTE - SANTA CATARINA		
LOCAL E DATA _____, ____ de _____ de 20____			
ASSINATURA DO SERVIDOR _____			

**OBS: É OBRIGATÓRIO ANEXAR O CONTRACHEQUE ATUAL.**