

À  
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará  
Nesta

Assunto: Devolução de descontos indevidos

Solicito que seja devolvido o valor que vem sendo descontado indevidamente,  
em meu contracheque, a título de RESSARCIMENTO PLANTAO NOTURNO,  
RUBRICA 2696.

Fortaleza (CE), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

MATRICULA: \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_