



Prefeitura Municipal de
RIBEIRÃO DAS NEVES

Pedido de Cancelamento de Benefício

Eu, _____,
Portador(a) do CPF n.º _____, lotado(a) na
Secretaria Municipal de _____,
ocupando o cargo de _____,
venho solicitar o
cancelamento do benefício _____
_____, a partir de
____/____/____.

Atenciosamente;

Assinatura do(a) Servidor(a)

Ribeirão das Neves, _____ de _____ de _____