



DECLARAÇÃO

Eu, _____, matrícula nº _____, declaro que estou ciente de que, após a publicação oficial de minha aposentadoria, deverei dirigir-me à Coordenadoria de Folha de Pagamento para verificar se houve desconto referente ao Plano de Saúde no mês da publicação, e me informar de como ficará o pagamento do referido plano após a aposentadoria, junto à UNIMED Costa do Sol.

E por ser expressão da verdade, firmo a presente Declaração.

Rio das Ostras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor