**FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA**

Eu, **NOME COMPLETO**, PROFISSÃO, CPF XXX.XXX.XXX-XX, Matrícula XXXXXXXX, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola Multicampi de Ciências Médicas, Área de Concentração XXXXXXXXXXXX, venho através desse solicitar, junto ao Departamento de Administração Pessoal – DAP/ Coordenadoria de Pagamentos de Servidores Ativos, o cancelamento do desconto previdenciário em folha sob minha bolsa-auxílio por me encaixar na condição de Segurado Facultativo, conforme determinado pelo Decreto 3.048/1999 que aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residente**