

REQUERIMENTO**AO DIRETOR SUPERINTENDENTE DO INERGUS**

Eu, _____ assistido do Plano PCD INERGUS, solicito a **alteração no percentual da Renda Mensal Financeira** para vigorar durante o exercício seguinte, conforme § 3º, Art. 21 do Regulamento do referido Plano:

Nestes termos, pede deferimento.

Aracaju, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Assistido
CPF:
BANCO:
AGÊNCIA:
CONTA BANCÁRIA: