

Prezados,

Sou (**NOME COMPLETO E MATRÍCULA**), (**número do PR**), médico lotado na **XXXX (NOME DA UNIDADE)**.

Tomei ciência de que meu nome consta na lista publicada no DOM do dia 07/11/2020, assim, solicito:

- Cópia integral do processo administrativo relativo à cobrança pretendida;
- Descrição da quantia exata que a municipalidade pretende descontar;
- Descrição da parcela a que se refere;
- Detalhamento da data (mês e ano) em que o pagamento a maior foi realizado.

Desde já expresso a minha discordância a eventuais descontos realizados nos próximos contracheques a qualquer título, uma vez que sempre recebi os valores pagos de inteira boa-fé.

(NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA)