

AUTORIZAÇÃO PARA O PLANO DE SAÚDE

Funcionário: _____

CTPS: _____ Série: _____

Admissão: ___/___/___

A empresa _____. Oferece o plano de saúde _____ com as seguintes condições:

- O valor das mensalidades será assumido ____% pela empresa e ____% pelo funcionário;
- É facultada a inclusão de dependentes (filhos, esposa, companheira(o)), com o valor sendo assumido integralmente pelo funcionário.

Assinale a sua opção:

- Não tenho interesse no plano de saúde.
- Opto pelo plano de saúde individual, e autorizo o desconto mensal da parcela respectiva na folha de pagamento.
- Opto pelo plano de saúde individual com inclusão de dependentes e autorizo o desconto mensal das parcelas respectivas na folha de pagamento.

_____, ____ de ____ de 2020.

(Nome do Funcionário)