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.

Local, ___ de ___ de _____.

(Nome do Funcionário)