



SINDICATO DOS EMPREGADOS EM EMPRESAS DE ASSEIO E CONSERVAÇÃO, EMPREGADOS EM EDIFÍCIOS E CONDOMÍNIOS E EMPREGADOS EM TURISMO E HOSPITALIDADE DE OSASCO E REGIÃO - FONE: (11) 3683-2093 - CNPJ. Nº. 65.690.455/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu _____, inscrição _____
RG.nº _____ CPF.nº _____, autorizo meu empregador
_____ CNPJ.nº _____

a descontar mensalmente em folha de pagamento o valor de R\$ _____, referente a adesão de meus dependentes abaixo elencados a Assistência Odontológica conforme condições gerais do Contrato de Prestação de Assistência Odontológica firmado entre o Sindicato Seacoturh e a Sempre Odonto Planos Odontológicos.

Tenho ciência que o período mínimo de permanência no Plano Odontológico de meus dependentes é de 12 meses e que somente poderá ser revogada ou cancelada mediante autorização por escrito ao sindicato após esse prazo.

Nome:		Sexo: () fem () masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Nome:		Sexo: () fem () masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Nome:		Sexo: () fem () masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Nome:		Sexo: () fem () masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Osasco, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO EMPREGADO