TERMO DE AUTORIZACAO

Eu,nome do funcionário, portador da Ctps -------série-------,CPF nº --------------, solicito a minha inclusão no plano de saúde coletivo fornecido por esta empresa, por intermédio da operadora Dix, autorizando que seja descontado mensalmente do meu salário o valor correspondente a cota parte que me compete em tal beneficio(35%),sendo certo que, tenho pleno conhecimento dos direitos e deveres decorrentes de tal adesão, especialmente quanto as coberturas e casos de carência.

Outrossim, estou ciente de que minha vinculação ao plano de Assistência Medica esta restrita ao período em que durar o meu contrato com esta Empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do funcionário