

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA – PLANO DE SAÚDE CENTRO CLÍNICO
GAÚCHO**

Nome completo (sem abreviações):

Sócio n°: _____

Instituição: _____

portador do CPF: _____ e RG: _____.

Declaro que estou aderindo ao plano do Centro Clínico Gaúcho Através do SINTAERS, e autorizando de acordo com a CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO em vigor, o desconto da mensalidade relativa ao plano de saúde em folha de pagamento.

E-mail: _____

Telefone: _____ \ _____

Assinatura: _____

Data: _____ \ _____ \ _____.