

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO - MENSAL**

Autorizo a **HSTU - Serviços de Saúde Ltda.** estar emitindo FATURA em nome da Empresa abaixo, referente ao produto **Sistema SIN CARD SEGURO E ASSISTÊNCIA PÓS VIDA**, oferecido(s) aos(s) funcionário(s) desta Empresa.

DADOS DA EMPRESA

Contrato n°:	Razão:		
Endereço:			N°:
Fone	Cidade:	UF:	CNPJ:

DADOS DO FUNCIONÁRIO (ASSOCIADO)

Nome do funcionário:			
Endereço:			N°:
Fone	Cidade:	UF:	CPF:

1) PLANO INDIVIDUAL	RS:	Com o Programa de BENEFÍCIOS (Assistência Pós-Vida, Seguro de Acidentes Pessoais (MA/IPA), Assistência em Viagem Internacional e Nacional, Remissão por Desemprego ou Falecimento do Titular, Cesta Alimentícia, etc.)
----------------------------	-----	--

2) PLANO FAMILIAR	RS:
--------------------------	-----

	NOMES DOS ASSOCIADOS (CÔNJUGE / FILHOS)	CPF (obrigatório)	DATA NASCIMENTO
P			__/__/__
C			__/__/__
F			__/__/__
F			__/__/__
F			__/__/__
F			__/__/__
F			__/__/__

C = Cônjuge F= Filho/a	PV = Pós-Vida Nacional 24h.
------------------------	-----------------------------

Declaro estar ciente que, ao optar pela **ASSISTÊNCIA PÓS-VIDA FAMILIAR** para meu Cônjuge e Filho(s), eles terão direito somente ao **funeral completo**, limitado ao valor de R\$ 3.000,00 e eu, como Titular, terei direito à todos os benefícios citados nas condições gerais anexas ao contrato.

Assinatura do Titular - Ciente do Acordo

AUTORIZAÇÃO DO FUNCIONÁRIO	LOCAL E DATA	ASSINATURAS (Funcionário e Empresa)
Autorizo a Empresa, a qual sou funcionário, a descontar do meu salário, o valor mensal , acima informado, por extenso, referente à minha adesão ao Sistema SIN CARD SEGURO DE VIDA . Declaro estar ciente e de acordo com as condições gerais estipuladas no contrato.	_____ - ____ ____/____/____	_____ Assinatura do Funcionário (Titular) _____ Assinatura do Responsável pela Empresa (com carimbo)

1ª via - SIN CARD	2ª via - EMPRESA	3ª via - FUNCIONÁRIO ASSOCIADO
-------------------	------------------	--------------------------------