

TERMO DE INCLUSÃO E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO - (TELEMEDICINA)

Eu, _____, inscrito no CPF nº _____, registrado na empresa _____ venho por meio desta solicitar o cadastro do meu dependente abaixo listado junto ao plano odontológico previsto na Convenção Coletiva 2024:

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
CPF:	

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
CPF:	

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
CPF:	

Declaro que estou de acordo com todos os termos da Convenção Coletiva de Trabalho 2024, autorizando a referida empresa, a promover o **desconto do valor de R\$ 5,00 (cinco reais) por dependente em folha de pagamento à título de Telemedicina Familiar - Dependente**, na conformidade do art. 468 da CLT e na observância da Súmula 342/TST. E por estar de pleno acordo, assino o presente termo de adesão e autorização de desconto em folha de pagamento.

_____, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Titular