

## **Autorização para desconto em folha**

Autorizo ao **SITRAEMG** – Sindicato dos Trabalhadores do Poder Judiciário Federal e Ministério Público da União no Estado de Minas Gerais, a descontar em folha de pagamento, o custo referente ao Plano de Saúde **SITRAEMG/UNIPART**, conforme demonstrativo abaixo dos participantes sob minha responsabilidade

Preencha apenas com os nomes das pessoas que deverão usufruir do Plano, preencher todos os campos:

Nome	Data de Nasc	Marque com X								
		Parentesco			Sexo		Plano		R	
T -	/ /	Titular			M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N
	/ /	C	F	O	M	F	Apto	Enf	S	N

\* Preencher todos os campos. R = Remoção Aérea e Terrestre (Opcional)

\* Colocar uma observação se quiser o plano com **ODONTO: Rede Dental ou Clidec**

A ser descontado a partir do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Filiado:

Pasta/Matrícula: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CPF:

Órgão: 

TRT	TRE	JF	MPU	JM	PGR
-----	-----	----	-----	----	-----

Situação: 

Ativo	Aposentado
-------	------------

 Seção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**