

	COMERCIAL TRESMANN – 31.732.365/0004-87		
	TERMO DE RECEBIMENTO DO CARTÃO PLANO SAÚDE	Folha: 1/1	Revisão: 00

1. Informações do Colaborador  
NOME COMPLETO: Werllen Gomes de Oliveira  
CPF: 169.457.057-65

2. Descrição do Equipamento Recebido para Utilização no Trabalho

Quantidade	Descrição:
01	Cartão Plano de Saúde SAMP

3. Declaração

O colaborado acima qualificado declara ter recebido da COMERCIAL TRESMANN na data de 04/03/2024, o descrito no item 2 desde termo, e se compromete:

- 1) Zelar pelo bom uso e manutenção, informando ao seu gestor quaisquer extravios, roubos, furtos, danificações.
- 2) O custo da mensalidade do plano de Saude SAMP é 100% da empresa (para titulares do plano).
- 3) Devo utilizar o cartão do Plano de Saúde sempre que necessitar de uma consulta médica.

No caso de mau uso ou inobservância de recomendações de utilizações (conforme anexo deste documento), autorizo o desconto em minha folha de pagamento ou em minha rescisão de contrato de trabalho os valores de cada peça.

\_\_\_\_\_  
Werllen Gomes de Oliveira