|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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

# Descrição do Equipamento Recebido para Utilização no Trabalho

|  |  |
| --- | --- |
| **Quantidade** | **Descrição:** |
| **01** | **Cartão Plano de Saúde SAMP** |

1. **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