

<input checked="" type="checkbox"/> Desejo ser conveniado na Assistência Médica	<input type="checkbox"/> Não desejo ser conveniado na Assistência Médica
<input type="checkbox"/> Desejo o Cancelamento da Assistência Médica	<input type="checkbox"/> Desejo a Exclusão do dependente informado

PLANO BÁSICO

Colaborador: ABDENEGU / HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE				Data Nascimento: 05.05.1995	
Nome da Mãe: ZULEIKA MARIA DA SILVA				Chapa:	
Endereço: RUA 48				Nº: 07	
Bairro: COANAB	Cidade: CABO	Estado: PE	CEP: 54625560	Complemento: A	
Estado Civil: SOLTEIRO		Data Casamento:		Data Adm: 20.07.2013	Cargo: APD M II
CPF: 10643255486		Pis/Pasep: 20055272066 01		Filial / Operação:	

NOME DEPENDENTES	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	NOME DA MÃE	CPF
MATEUS HENRIQUE	FILHO	15.09.2017	MARTA VERIS	14788498451



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Declaro ter recebido as orientações necessárias para que pudesse aderir ao Plano de Saúde.


Autorizo a Empresa a efetuar os descontos em folha de pagamento referente à mensalidade e coparticipação das consultas e exames realizados.

FUNCIONÁRIO

Data: 20.12.2018	Assinatura: ABDENEGU / HENRIQUE DA SILVA
-------------------------	---

OBSERVAÇÕES

Formulário de Solicitação
Conversão benefício refeição e alimentação

Nome do Funcionário: <u>ABENEGO LEMUS DE SA ALBUQUERQUE</u>			
Função: <u>AUX. ADM LOGISTICA 2</u>		Nº CTPS:	Série:
Operação: <u>INDORAMA - AAC</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Opto pela conversão do valor depositado em vale refeição para vale alimentação;			
<input type="checkbox"/> Opto pela conversão do valor depositado de vale alimentação (diário) para vale refeição;			
<input type="checkbox"/> Opto pelo depósito dos valores a título de vale refeição e vale alimentação (cesta) unicamente em cartão vale alimentação;			
 3475755			
<p>A GAFOR S.A. esclarece para os devidos fins que, nova solicitação de conversão de créditos nos cartões refeição e/ou alimentação só poderá ser realizada num prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias desta solicitação.</p>			
Endereço: <u>RUA 46</u>			Nº: <u>02</u>
Bairro: <u>COIMBAS</u>	Cidade: <u>CABO DE ST.</u>	UF: <u>PE</u>	CEP: <u>34525560</u>

IPÓJUCA, 02 de JULHO de 2019.

ABENEGO LEMUS DE SA ALBUQUERQUE

Assinatura