



Data,

À
CABEFE
Belo Horizonte - MG

Solicito minha inclusão e de meus dependentes no Programa de Benefício de Medicamentos da Empresa Orizon Farma e, para tanto, autorizo à CABEFE descontar mensalmente do meu salário, na folha de pagamento, a taxa de participação no valor de R\$3,00 (três reais).

Associado:

Matrícula:

Assinatura: