

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, na qualidade de funcionário no cargo de \_\_\_\_\_ da **NOXTEC SERVICOS LTDA**, autorizo a empregadora a descontar mensalmente em folha de pagamento a minha contribuição referente ao benefício do plano de saúde e declaro ter ciência de que a empresa arcará com apenas **50% (cinquenta por cento)** do valor referente a este benefício, sendo de minha responsabilidade o complemento do valor.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_