



SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS DE  
ASSEIO E CONSERVAÇÃO, LIMPEZA URBANA, AMBIENTAL,  
ÁREAS VERDES, PÚBLICAS E PRIVADAS DE OSASCO E  
REGIÃO - FONE: (11) 3683-2093 - CNPJ. Nº.08.092.188/0001-57

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu \_\_\_\_\_, inscrição \_\_\_\_\_  
RG.nº \_\_\_\_\_ CPF.nº \_\_\_\_\_, autorizo meu empregador  
\_\_\_\_\_ CNPJ.nº \_\_\_\_\_

a descontar mensalmente em folha de pagamento o valor de R\$ \_\_\_\_\_, referente a adesão de meus dependentes abaixo elencados a Assistência Odontológica conforme condições gerais do Contrato de Prestação de Assistência Odontológica firmado entre o Sindicato Siemaco-Osasco e a Sempre Odonto Planos Odontológicos.

Tenho ciência que o período mínimo de permanência no Plano Odontológico de meus dependentes é de 12 meses e que somente poderá ser revogada ou cancelada mediante autorização por escrito ao sindicato após esse prazo.

Nome:		Sexo: ( ) fem ( ) masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Nome:		Sexo: ( ) fem ( ) masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Nome:		Sexo: ( ) fem ( ) masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Nome:		Sexo: ( ) fem ( ) masc.	
CPF:	RG:	Data Nasc:	Estado Civil:
Nome da Mãe:		Grau de parentesco:	

Osasco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO EMPREGADO**