AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo a FUNDAÇÃO REAL GRANDEZA – Fundação de Previdência e Assistência Social - a proceder o desconto mensal de minha remuneração das despesas referentes ao plano de saúde, bem como eventuais coparticipações e contraprestações pecuniárias decorrentes dos Programas de Benefícios à Saúde ou de Promoção de Qualidade de Vida mantidos por Furnas e geridos pela Real Grandeza, declarando ter conhecimento de seus regulamentos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Matrícula do Participante