

**SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO**

 **(plano de saúde, odontológico e aux. alimentação - Alelo)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho por minha livre e espontânea vontade solicitar a 2ª via do meu cartão. Estou ciente e autorizo a FUNDAHC a descontar em minha folha de pagamento o valor correspondente a segunda via do cartão.

( ) Cartão **América Plano de Saúde** R$ 10,00 (dez reais).

( ) Cartão **UNIMED** R$ 6,00 (seis reais).

( ) Cartão **UNIODONTO** R$ 5,00 (cinco reais).

( ) Cartão **Auxilio Alimentação** R$ 11,38 (onze reais e trinta e oito centavos).

Dependentes:

1ª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2º. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3º. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tal solicitação se deve ao seguinte fato:

( ) perda;

( ) roubo;

( ) danificado.

 Goiânia, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do empregado (a)

Matricula nº. \_\_\_\_\_\_\_