**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$ 11,87 (onze reais e oitenta e sete centavos).

Dependentes:

1ª. Clique aqui para digitar texto.

2º. Clique aqui para digitar texto.

3º. Clique aqui para digitar texto.

Tal solicitação se deve ao seguinte fato:

Perda;

Roubo;

Danificado.

Goiânia, Clique aqui para inserir uma data.

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

Assinatura do Colaborador (a)

Matricula nº.