



AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO RETROATIVO

Eu, _____
(titular)

Autorizo o PLANSERV a realizar o desconto retroativo para inclusão do recém-nascido;

NÃO autorizo o PLANSERV a realizar o desconto retroativo para inclusão do recém-nascido.

(nome do recém-nascido)

nascido em _____, _____, _____, para fins de ajuste da ativação nesta assistência.

Matrícula:	
CPF:	
Cartão:	
Telefone:	

Atenciosamente,

Local

____/____/____

Data

Assinatura do titular