NotreDame Intermédica

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO DE FUNCIONÁRIO

_____, _____ de _____ de 20_____.

Ao
GRUPO NOTREDAME INTERMÉDICA
At.: Setor de Cadastro - SECAD

Ref.: Cadastramento de Titulares

Informamos que as pessoas abaixo relacionadas são funcionários desta empresa, por conseguinte, autorizamos a inclusão das mesmas no plano de Assistência Médica e, por conseguinte, nos responsabilizamos pelas informações dos seus dados cadastrais e pelo pagamento das respectivas contraprestações pecuniárias mensais.

Nome	CPF	Data Admissão	Cargo

Atenciosamente,

_____
Assinatura do representante da empresa

Empresa: _____

CNPJ: _____