|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

**Campanha de Vacinação contra a Gripe 2019**

Autorizo o desconto em Folha de pagamento de valores referente à aplicação das Vacinas, conforme lista abaixo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | CPF | Sexo | Data de  Nasc. | Categoria | | | Vacina | | Aplicação |
| Associado | Dep | Familiar | Tri | Quadri | Cidade |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Obs.:** **Valores – Trivalente: Associado/ Dep./Familiares R$ 45,00.**

**- Quadrivalente: Associado/Dep/Familiares R$ 55,00.**

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

Nome do Associado Titular Assinatura