

Local e data _____, _____ de _____ de _____

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO RETROATIVO

Autorizo o PLANSEV a realizar o desconto retroativo para inclusão do Recém Nascido _____, nascido em _____, para que o mesmo não fique descoberto desta assistência.

Titular:

Matrícula:

Cartão de identificação:

Telefone:

Atenciosamente,

Assinatura do titular