HOSPITAL METROPOLITANO
DR. CÉLIO DE CASTRO

SUS Sistema Único de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO ALIMENTAÇÃO EM FOLHA

Eu_____, matricula _____ profissional _____ carteira de identidade nº _____, estou ciente da política de **concessão de alimentação do HMDCC** e declaro que (marque o seu interesse):

( ) AUTORIZO o desconto em folha de pagamento do valor de R$ 20,00 (vinte reais) referente ao fornecimento de alimentação diárias conforme minha escala de trabalho, estando ciente de que esta taxa poderá ser reajustada mediante comunicação coletiva.

( ) RENUNCIO ao benefícios de alimentação concedido, e solicito que não haja desconto da taxa de R$20,00. Tenho ciência que não poderei usufruir do refeitório para lanches e/ou refeição, e que para retomar a utilização do espaço/benefício deverei comparecer ao RH até o dia 15 para acesso ao refeitório no mês subsequente a partir de _____/_____..

( ) Solicito o CANCELAMENTO da RENUNCIA e AUTORIZO o desconto em folha de pagamento do valor de R$ 20,00 (vinte reais) referente ao fornecimento de alimentação diárias conforme minha escala de trabalho, estando ciente de que esta taxa poderá ser reajustada mediante comunicação coletiva, a partir de _____/_____.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

_____

(assinatura do profissional)