



## 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:	
CPF:	
Cartão:	
Telefone:	

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular