

DECLARAÇÃO

Eu _____, brasileiro (a), colaborador/associado (a) da empresa _____, com matrícula funcional nº. _____, **DECLARO**, por este instrumento, que, conforme estabelecido na forma do Termo de Convênio firmado, declaro estar ciente e de acordo que o não pagamento das mensalidades dentro do prazo de pagamento contratado redundará na perda automática do benefício no mês correspondente.

BENEFICIADO:

() O Próprio () Cônjuge () Filho () Companheiro(a) () Enteadado(a)

Nome do Beneficiado: _____

Florianópolis (SC), ____ de _____ de 2025.

Assinatura