

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO / RESCISÃO

Eu, _____,
portador(a) da RG nº _____, e do CPF nº _____,
Data de Nascimento ____/____/____ nos termos da Lei nº 10.820 de
17/12/2003 e alterações, pelo presente instrumento venho autorizar a minha
empregadora, UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO ou
UNIMED CORRETORA, a proceder mensalmente o desconto de 1% (um por cento) do
salário do salário base mensal, com teto máximo de 5% (cinco por cento) do salário
mínimo vigente ou na ocasião da rescisão contratual, a título de contribuição
participativa como associado para a ASFUG – Associação dos Funcionários da Unimed
Goiânia. O percentual de contribuição será baseado no Estatuto vigente.

Autorizo também a efetuarem, quando ocorrer a contratação, os descontos provenientes
de convênios firmados por mim junto a ASFUG e ainda de convênios firmados pela
ASFUG junto a: Cinemas, Cartão de crédito, Ingressos para Parques, Empréstimos, e
outras entidades e instituições, bem como o valor “Líquido negativo” (quando não for
possível o desconto total da parcela ou valor integral do benefício, ficando essa
diferença a ser descontada no mês seguinte possível) e demais serviços oferecidos e
contratados desde que seja devidamente comprovado com documento do fornecedor do
bem ou serviço.

- **Cartão de Crédito** () SIM ou () NÃO
(sem anuidade)

Os convênios serão cancelados no encerramento do contrato de trabalho, e desta forma
terei que saldar todas as despesas em aberto com os convênios, ficando desde já
autorizado o débito em minha rescisão contratual. Não ocorrendo o débito integral me
comprometo em liquidar direto com a ASFUG.

Por ser verdade, assino a presente autorização para que surta seus jurídicos e legais
efeitos.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Associado

Assinatura do responsável pelo menor