



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO / RESCISÃO

Eu, _____,
portador(a) da RG nº _____, e do CPF nº _____,
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, a proceder mensalmente o desconto de 2% (dois por cento)
sobre a minha remuneração ou na ocasião da rescisão contratual, a título de contribuição
participativa como associado para a ASFUG – Associação dos Funcionários da Unimed
Goiânia.

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: Assistência Médica, Consulta Médica, Assistência Odontológica,
cinemas, cartão de crédito, 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),
desde que a aquisição do bem ou serviço seja devidamente comprovado com documento
do fornecedor do bem ou serviço, como sendo:

- **Plano de Saúde** () SIM ou () NÃO, **Acomodação** () Enf. () Apto.
- **Cartão de Crédito** () SIM ou () NÃO;
- **Plano Uniodonto** () SIM ou () NÃO.
- **Plano Unimed Odonto** () SIM ou () NÃO.

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 em 2 (duas) vias, para que surta seus
jurídicos e legais efeitos.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Associado

Assinatura do responsável pelo menor