



## CONTRATO INDIVIDUAL DE EMPRÉSTIMO CONSIGNADO

Eu _____	Mat.: _____	
CPF: _____	Fone Cel.: _____	Fone fixo/contato: _____
Endereço Residencial: _____		
Cidade: _____	Estado _____	CEP _____

Solicito minha margem para empréstimo consignado em folha pela mediadora ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONARIOS DA UNIMED GOIANIA CNPJ.:37.039.187/0001-47. Declaro que sou associada da Asfug e contribuo mensalmente com 1% do meu salário base com teto máximo de 5% do salário mínimo vigente. **Não sendo associado(a)**, autorizo por meio deste o desconto da mensalidade para me filiar a essa associação e ter acesso ao consignado em folha.

O presente instrumento tem como objetivo autorizar, de forma irrevogável e irretroatável, o desconto no contracheque dos valores referentes ao pagamento de empréstimos, financiamentos, e operações de arrendamento mercantil concedidos por instituições financeiras e sociedades de arrendamento mercantil, quando previsto nos respectivos contratos, e que foram intermediadas pela Mediadora – ASFUG.

Estou ciente que devo permanecer como associado(a) até a quitação total desse contrato de empréstimo.

Em caso de rescisão do contrato de trabalho do empregado antes do término da amortização do empréstimo, poderá ocorrer um desconto de até 30% da rescisão para abatimento do saldo devedor, cabendo ao mutuário efetuar o pagamento mensal das demais prestações em aberto diretamente à instituição consignatária.

Contratou o plano de saúde Unimed Personal? ( ) **Enfermaria** ( ) **Apartamento** ( ) **Não\***

Quantos estão ativos no plano de saúde Unimed Personal **incluindo você?** \_\_\_\_\_

Qual(is) a(s) idade(s) do(s) beneficiário(s) ativos no plano de saúde **incluindo você?** \_\_\_\_\_

Quantos **dependentes** no Plano Unimed Odonto (**títular não deve ser contato**)? \_\_\_\_\_

**\*Assinalando que “Não” você está ciente que a margem liberada está considerando que não irá aderir ao Plano de Saúde fornecido pela empregadora. Com exceção se a margem não for utilizada totalmente e houver disponibilidade.**

Estou ciente que a margem aprovada para o consignado está diretamente relacionada às informações acima declaradas por mim, e se houver aumento das minhas despesas mensais, será necessário cancelar alguma solicitação realizada anteriormente, tais como: Inclusão de dependentes no plano de saúde/odonto, e/ou Upgrade da acomodação do plano de saúde.

Se não houver comunicação de qualquer mudança de endereço ou telefone, serão considerados como recebidos, para todos os efeitos, os avisos, cartas enviadas, por meio eletrônico e/ou impresso, para o último endereço do mutuário – ASSOCIADO CONSIGNANTE registrado na MEDIADORA – ASFUG.

Goiânia-GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSOCIADO

**Não preencher (Campo do averbador do contrato)**

AVERBADO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

POR: \_\_\_\_\_

BANCO: \_\_\_\_\_

QTD PARCELAS \_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_