

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO
CONVÊNIO UNIODONTO MINAS E SAMU

Eu _____, inscrito sob o CPF de nº _____ e RG _____, autorizo que o meu empregador (Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo do Norte) desconte os valores constantes no Termo de adesão ao contrato de Pessoa Física Individual/Familiar, em folha de pagamento. Caso haja meu afastamento, licença, férias ou qualquer outro fator que impeça que os valores por mim devidos sejam descontados, me comprometo a realizar o pagamento de minhas mensalidades através de boleto ou na sede da Uniodonto Minas. Declaro ainda ter pleno conhecimento de que, em caso de exoneração ou desligamento, o plano continuará vigente como Pessoa Física, sendo que o pagamento passará a ser feito por ele através de boleto.

Uberlândia-MG, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Contratante

somos 

