



Inclusão AFUL (Associação dos funcionários da Unimed Litoral)

Dados Cadastrais

Nome:

Continuação do nome

Código Ponto:

Para uso do GDP
Limite:

Endereço:

Bairro:

Cep:

Cidade:

Cargo:

Deptº:

Data Admissão:

Data de Nasc:

CPF:

RG

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado (a) () Outro – Qual?:

Possui Filhos: () Sim () Não

Quantos:

Qual a Idade?:

Quem me indicou:

Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

À
Unimed Litoral Cooperativa de Trabalho Médico LTDA
Av. Cel. Marcos Konder, 1233
CNPJ: 85.377.174/0001-20

Autorizo o desconto mensal dos meus vencimentos, o valor correspondente a R\$7,85 (Sete Reais e oitenta e cinco centavos), mensalidade da AFUL – ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIMED LITORAL, conforme valor determinado em Estatuto e as despesas com compras efetuadas nas lojas conveniadas a AFUL.

Comprometo-me a respeitar o limite de compra mensal, correspondente a 30% do meu salário.

Itajaí, ____ de _____ de 2017

Assinatura

Obs: Este formulário deverá ser preenchido corretamente, assinado por extenso e entregue para o departamento de **Relações Trabalhistas**, até o dia 10 de cada mês.