

(MODELO) AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu, _____, funcionário, autorizo a Empresa _____ A DESCONTAR DO MEU SALÁRIO MENSAL, todas as compras realizadas através do Cartão SouAcirp, seja realizadas por mim ou pelos meus dependentes **(quando a empresa autorizar)** abaixo relacionados, tudo de acordo com o contrato firmado entre a (Empresa _____ **Conveniada**), Associação Comercial Empresarial de São José do Rio Preto e Seicon – Sistema Empresarial Integrado de Convênios.

Declaro ainda, estar ciente que em caso de demissão, FICAREI OBRIGADO A PAGAR DE UMA SÓ VEZ todas e quaisquer despesas parceladas, realizadas através do cartão souAcirp, por mim e/ou meus dependentes inscritos, SENDO O VALOR TOTAL DESCONTADO EM MINHA RESCISÃO CONTRATUAL DE TRABALHO.

FUNCIONARIO TITULAR DO CARTÃO

Nome :	<input type="text"/>	Data Nasc.:	<input type="text"/>
End. Res. :	<input type="text"/>	Compl.:	<input type="text"/>
Bairro :	<input type="text"/>	Cep:	<input type="text"/>
Tel. Res. :	<input type="text"/>	Cel.:	<input type="text"/>
		Cargo:	<input type="text"/>
		R\$ Valor Mensal LIMITE	Qtda e Limite R\$ parcelas
RG	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEPENDENTES:

Nome do dependente:	Data de Nasc.	Parentesco	Percentual limite do titular	Valor total do limite

Por todo o exposto, assino de livre e espontânea vontade a presente autorização, para que produza os efeitos jurídicos necessários.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Nome por extenso do Funcionário (titular)
RG
CPF