



AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO COTA CAPITAL

Autorizo o desconto de minha produção mensal o valor de R\$ 500,00 (Quinhentos Reais), descontado em cota única tendo por finalidade a integralização de minha quota - parte do capital da UNICOOPMED – Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos do RS – CNPJ 08.771.044/0001-27.

_____, ____ de _____ 2017.

Assinatura