

## AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,  
Associado da Associação dos Servidores do Ministério Público do  
Paraná - ASSEMP-PR, autorizo proceder aos débitos mensais em minha  
folha de pagamento, relativos às parcelas de mensalidades,  
coparticipações e insumos do Plano de Assistência Médica UNIMED  
Curitiba da ASSEMP-PR, ao qual estou propondo a minha adesão e /  
ou de meu(s) dependente(s).

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Associado:

CPF:

RG: