

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Pelo presente instrumento, eu, _____,
portador(a) do CPF nº _____ e RG nº _____, matrícula
_____, residente à _____, nº _____, Bairro
_____, na cidade de _____/_____, **AUTORIZO**, de livre e espontânea
vontade, o desconto mensal em minha folha de pagamento do valor correspondente à assinatura
do plano de benefícios ÉNÓIS! Card, conforme detalhado abaixo:

Dados da Assinatura

Plano selecionado:

☐ ÉNÓIS! Card Essencial ☐ ÉNÓIS! Card Bronze ☐ ÉNÓIS! Card Prata ☐ ÉNÓIS! Card Ouro

Valor mensal da assinatura: R\$ _____

Data de início da adesão: ____/____/____

Dados da Empresa

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Setor/Departamento: _____

Autorizo que a empresa acima efetue os descontos mensais em minha folha de pagamento e repasse os valores à ÉNÓIS CARD LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 61.754.242/0001-65, com sede na Av. Agamenon Magalhães, nº 340, Bairro São Miguel, Arcoverde-PE, CEP 56.510-080.

Declaro estar ciente de que:

Esta autorização é válida enquanto minha assinatura estiver ativa;

A qualquer momento poderei solicitar o cancelamento formal do plano, conforme contrato firmado com a ÉNÓIS! Card;

A empresa empregadora atua apenas como intermediária no repasse, não tendo responsabilidade sobre a prestação dos serviços.

Arcoverde-PE, ____/____/____

Assinatura do(a) Assinante: _____

Assinatura e carimbo da Empresa: _____