


| | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|---------------|--------------|---------|-----|
|  | PROCESSO: | GESTÃO DO RELACIONAMENTO COM O COOPERADO | | CÓDIGO: | FOR-GRCO.1.6 | | |
| | PADRÃO: | AUTORIZAÇÃO PARA CONTABILIDADE | | DATA CRIAÇÃO: | 15/07/2016 | PÁGINA: | 1/1 |
| | | | | DATA VERSÃO: | 12/08/2020 | VERSAO: | 04 |

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do CPF nº _____, residente e domiciliado na _____ na cidade de _____, autorizo a Unimed Erechim Cooperativa de Serviços de Saúde LTDA a enviar as informações referentes aos rendimentos e descontos de INSS para o escritório contábil _____.

Erechim (RS), ____ de _____ de _____.

Assinatura