

**COORDENADORIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Eu \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, servidor(a) desta Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, sob a matrícula nº \_\_\_\_\_, venho através deste informar à Coordenadoria de Recursos Humanos desta Prefeitura Municipal, que sou associado(a) ao **SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SIND-SAÚDE/MG** e considerando a solicitação, por parte dessa entidade, referente a desconto mensal no percentual de 1% em minha remuneração, firmo para efeitos deste termo que:

(  ) Autorizo a efetivação de desconto mensal em minha folha de pagamento, correspondente ao percentual de 1% da minha remuneração em favor do SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SIND-SAÚDE/MG.

(  ) Não autorizo a efetivação do desconto em minha folha de pagamento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura legível do servidor