

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	ADFP
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 02
	Autorização de Desconto em Folha de Pagamento	Página: 1/1

Revisado em 31/07/2025

Eu, _____
autorizo _____ o _____ desconto _____ de
R\$ _____ (_____), em folha de
pagamento, referente _____.

Marilia/SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	ADFP
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 02
	Autorização de Desconto em Folha de Pagamento	Página: 1/1

Revisado em 31/07/2025

Eu, _____
autorizo _____ o _____ desconto _____ de
R\$ _____ (_____), em folha de
pagamento, referente _____.

Marilia/SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário