

À

Direcção do(a) Clínica/Hospital/Centro

---

Att: Departamento de Recursos Humanos

(Contabilidade e Finanças)

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DIRECTO

Eu \_\_\_\_\_, filha de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, Portador do B.I n° \_\_\_\_\_, passado pelo Arquivo Nacional de Identificação Civil, Registo e Notariado aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Natural de \_\_\_\_\_, Município de \_\_\_\_\_, Província de \_\_\_\_\_, Nascido aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, com o n° de Agente \_\_\_\_\_ com a Categoria Profissional de \_\_\_\_\_.

Declaro que, por exercer a profissão de enfermagem, sou, nos termos do artigo 103º dos Estatuto da Ordem dos Enfermeiros de Angola, aprovado pelo Decreto Presidencial n° 179/10 de 18 de Agosto, devedor(a) da Ordem dos Enfermeiros de Angola, com sede em Luanda, da quantia mensal de 1% do salário base em Akz, devendo a minha entidade empregadora Clínica/Hospital/Centro, reter o referido valor na fonte (meu salário) em conformidade com o Artigo 2º. Do Decreto executivo conjunto n° 72/91 de 15 Novembro e depositá-lo mensalmente na conta bancária da Ordem dos Enfermeiros de Angola sedeada no Banco BIC, com o n° **112910572/10, IBAN AO06.0051.0000.1291.0572.1016.5**

Luanda, aos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**O(A) DECLARANTE**

---

(Assinatura legível)