

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Contribuições ao Plano de Assistência Médica dos Empregados da Embrapa, por intermédio da Fundação CERES

Nome:	<input type="text"/>	Matrícula:	<input type="text"/>		
Endereço:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>		
Cidade:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>
DDD e Telefone:	<input type="text"/>	DDD e Celular:	<input type="text"/>		
E-mail:	<input type="text"/>				

Autorizo, a partir da data informada abaixo, que seja descontado mensalmente junto a folha de pagamento de suplementação de benefícios da Fundação CERES, os valores referente a minha contribuição como participante do PAM – Casembrapa (5,19% do último salários base e a contribuição patronal) mais despesas médicas, quando realizadas.

Matrícula CERES:	<input type="text"/>	Mês e ano para iniciar o desconto:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	
Cidade/UF	Data	Assinatura do Associado	

Observação: o associado para efetuar este pedido deve receber uma suplementação líquida da Fundação Ceres de aproximadamente 4 vezes, somado valor da mensalidade e a contribuição patronal vigente.

PARECER DA CASEMBRAPA:

AUTORIZADO

NÃO-AUTORIZADO

Observação: _____

_____ / / _____

Local

Data

Carimbo e Assinatura