

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

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

Nome:	Matrícula:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Endereço:	Bairro:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cidade:	CEP:	UF:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD e Telefone:	DDD e Celular:	
<input type="text"/>	<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, quando houver) mais despesas médicas, quando realizadas.

Obs.: Empregados que aderirem ao PDI da Embrapa têm isenção da cota patronal pelo período previsto no Regulamento da Casembrapa.

Matrícula CERES:	Mês e ano para iniciar o desconto:	
<input type="text"/>	<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:			
<input type="checkbox"/>	AUTORIZADO	<input type="checkbox"/>	NÃO-AUTORIZADO
Observação: _____			
_____	/ /	_____	
Local	Data	Carimbo e Assinatura	