

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

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

Nome:			Matrícula:		
Endereço:				Bairro:	
Cidade:		CEP:		UF:	
DDD e Telefone:			DDD e Celular:		
E-mail:					

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 (3% do último salários base e a contribuição patronal) mais despesas médicas, quando realizadas.

Matrícula CERES:			Mês e ano para iniciar o desconto:		
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