**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO**

**NA FOLHA DE BENEFÍCIOS DO POSTALIS**

|  |
| --- |
| **NOME:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MATRÍCULA:** | **CPF:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENDEREÇO:** | **Nº** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPLEMENTO:** | **CIDADE:** | **CEP:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FONE RESIDENCIAL:** | **CELULAR:** |

|  |  |
| --- | --- |
| E-MAIL (1): | E-MAIL (2): |

|  |  |
| --- | --- |
| Marque a opção do plano em que deve ocorrer o desconto junto ao Postalis. | ( ) **Plano Benefício Definido** ( ) **Plano Postalprev** |

Eu, abaixo assinado, autorizo o POSTALIS a descontar na minha folha de benefícios o valor correspondente a mensalidade da ADCAP- Associação de Profissionais do Correios, que será informado mensalmente de acordo com os critérios previstos no convênio e de acordo com o estabelecido no Art. 13º- Parágrafo 3º do nosso estatuto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Local Data

Assinatura

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INÍCIO DO DESCONTO  FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  VISTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 1ª VIA Postalis/ADCAP Nacional |
|  | 2ª VIA Núcleo Regional |