



# ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CORREIOS

## AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO NA FOLHA DE BENEFÍCIOS DO POSTALIS

NOME:
-------

MATRÍCULA:	CPF:	RG/Órgão Emissor:	Data Nascimento
------------	------	-------------------	-----------------

ENDEREÇO:	BAIRRO
-----------	--------

COMPLEMENTO	CIDADE:	UF:	CEP:
-------------	---------	-----	------

FONE RESIDENCIAL:	CELULAR:	Data Aposentadoria na ECT
-------------------	----------	---------------------------

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

Marque a opção do plano em que deve ocorrer o desconto junto ao Postalís.	( ) 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

<u>INÍCIO DO DESCONTO</u> FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS _____ VISTO: _____
--

1ª VIA Postalís/ADCAP Nacional
2ª VIA Núcleo Regional