

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM
FOLHA DE PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS**

Eu, _____, matrícula Sistel nº _____, autorizo o desconto do valor mensal abaixo indicado, em favor da Associação dos Aposentados da Fundação CPqD – APOS, a título de contribuição de associado desta entidade. O referido valor deverá ser descontado do benefício de suplementação do plano _____ pago mensalmente pela Fundação Sistel de Seguridade Social – SISTEL.

Valor do desconto mensal obedecerá a tabela abaixo:

<i>TABELA DE CONTRIBUIÇÕES</i>	
<i>Faixa de Renda (Benefícios Brutos)</i>	<i>Valor desconto mensal</i>
<i>Até R\$ 1.369,22</i>	<i>Isento</i>
<i>De R\$ 1.369,23 a R\$ 2.740,59</i>	<i>R\$ 14,89</i>
<i>Acima de R\$ 2.740,59</i>	<i>R\$ 29,79</i>

Campinas, ____ de _____ de 2.017.

assinatura