

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO NA SUPLEMENTAÇÃO DA CERES

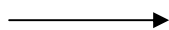
SITUAÇÃO (assinale): SÓCIO FACULTATIVO

☐

SÓCIO AFASTADO (INSS)

☐

Local data



À
CERES Fundação de Seguridade Social
Brasília-DF

Prezados Senhores,

Autorizo à CERES – Fundação de Seguridade Social a promover os descontos na suplementação a que tenho direito junto a esta Instituição e repassar à Caixa de Beneficência dos Funcionários da CABEFE os valores informados mensalmente referente a minha participação no Programa de Saúde.

Matricula CERES:

Nome:

CPF:

Endereço resid.:

Bairro:

Cidade:

CEP:

-

Tefones: Res: ()

Cel.: ()

Outro: ()

Assinatura do associado:
