APOSENTADO ( ) PENSIONISTA ( ) Nº DE ASSOCIADO ASTEL \_\_\_\_\_\_\_

PBS-A ( ) PBS ( ) PBS CPqD ( ) PBS Telesp Celular ( ) PBS Telefônica ( )

CPqD Prev ( ) TCP Prev ( ) VISÃO Telefônica ( ) VISÃO T-Gestiona ( )

**I N S C R I Ç Ã O**

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula Sistel nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_

Telefone fixo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data do nascimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do cônjuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, acima qualificado(a), manifesto minha concordância em participar como membro efetivo da ASTEL-ESP, comprometendo-me, uma vez concretizada a minha admissão, a acatar as cláusulas estatutárias inerentes aos associados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Associado

De acordo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente da Diretoria Executiva

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE SUPLEMENTAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo o desconto do valor mensal conforme tabela abaixo, em favor e a título de contribuição de associado da ASSOCIAÇÃO DOS PARTICIPANTES E ASSISTIDOS DE FUNDAÇÕES E SOCIEDADES CIVÍS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DA ÁREA DE TELECOMUNICAÇÕES - ASTEL-ESP. O referido valor deverá ser descontado do benefício de suplementação de plano (PBS/PREV) a mim pago, mensalmente, pela FUNDAÇÃO SISTEL DE SEGURIDADE SOCIAL.

|  |  |
| --- | --- |
| FAIXA DE SUPLEMENTAÇÃO SISTEL BRUTA MENSAL (\*) | CONTRIBUIÇÃO DE ASSOCIADO MENSAL |
| ( ) Até R$ 169,53 | R$ 6,11 |
| ( ) De R$ 169,54 até R$ 847,64 | R$ 11,30 |
| ( ) De R$ 847,65 até R$ 3.390,58 | R$ 19,30 |
| ( ) Acima de R$ 3.390,59 | R$ 46,14 |

(\*) FAVOR ASSINALAR SUA FAIXA DE SUPLEMENTAÇÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante