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

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

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

Complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade-Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone fixo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WhatsApp ( ) SIM ( ) NÂO

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.

Manifesto, ainda, minha concordância no repasse destes dados a terceiros, para o fim específico de divulgar-me benefícios. ( ) SIM ( ) NÃO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

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

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$ 184,35 | R$ 6,65 |
| ( ) De R$ 184,36 até R$ 921,77 | R$ 12,30 |
| ( ) De R$ 921,78 até R$ 3.687,09 | R$ 21,00 |
| ( ) Acima de R$ 3.687,09 | R$ 50,18 |

(\*) FAVOR ASSINALAR SUA FAIXA DE SUPLEMENTAÇÃO **BRUTA.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

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

Assinatura do participante