

**Dados Pessoais:**

Nome:

Sexo:  F  M

RG:

CPF:

Nascimento:

Estado Civil:

Naturalidade:

Endereço:

Cidade/CEP:

Telefone:

E-mail:

**Dados Profissionais:**

Empresa:

Função:

 Ativo(a) Fundação Aposentado(a)/INSS Pensionista

Matrícula:

**Modalidade de Desconto**

Autorizo, conforme modalidade escolhida abaixo, para desconto no meu salário, o pagamento das mensalidades e/ou parcelas devidas ao Sinttel.

 Desconto em folha de pagamento da empresa e/ou fundo de pensão Débito em Conta.

Banco: \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente \_\_\_\_\_

 Boleto bancário

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Titular

Presidente \_\_\_\_\_