

Eu, _____, portador (a)
CPF nº _____, Matrícula Petros nº _____,
Código do (s) benefício(s) nº _____,
endereço:.....

.....autorizo a Fundação Petrobrás de Seguridade Social – Petros
descontar mensalmente dos meus vencimentos e por tempo
indeterminado (ou pelo período de _____), o valor (ou
percentual) de _____, a incidir sobre o Benefício Petros e/ou
Benefício INSS, referentes aos itens abaixo discriminados, assinalados
com um “X”.

() assistência médica () seguro

() mensalidade/anuidade de associado

Declaro que assino de livre e espontânea vontade a presente
autorização, para que produza os seus jurídicos.

RG _____ / CPF _____

Local: _____

Data: ____/____/____

E-mail: _____

Telefones: () _____

ASSINATURA DO ASSISTIDO E/OU APOSENTADO/PENSIONISTA