

**Fundação Eletrosul de Previdência e Assistência Social - ELOS**

Praça Pereira Oliveira, 16 - Sobreloja - Edif. Emedaux - Cep 88.010-540 - Florianópolis - SC
Fone - (048) 2107-7500 Fax - (048) 2107-7510 CNPJ - 42.286.245/0001-77 www.elos.org.br

CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR (APORTE ESPORÁDICO)**Art. 2º - item XI e Art. 39 - letra "d" do Regulamento do Plano de Benefícios Previdenciários Nº 01 CD ELETROSUL****1 – Identificação do Participante**

NOME		MATRÍCULA
CPF	TELEFONE	E-MAIL

2 – Contribuição Suplementar (fazer um xis (x) na opção e preencher o respectivo campo):

2.1 Em Reais (R\$)	R\$ _____ (_____)
--------------------	---------------------

2.2 Em % do SRC	_____ % (_____)
-----------------	-------------------

3 – Frequência (fazer um xis (x) na opção e preencher o respectivo campo, quando for o caso):

3.1 Única	Autorizo o desconto da Contribuição Suplementar em cota única.
-----------	--

3.2 Mensal	Autorizo o desconto da Contribuição Suplementar mensalmente, até a comunicação de encerramento.
------------	--

3.3 Periódica	Autorizo o desconto da Contribuição Suplementar pelo período de ____ / ____ a ____ / ____
---------------	---

4 – Forma de pagamento da Contribuição Suplementar (fazer um xis (x) na opção):

4.1 Folha de Pagamento	Autorizo o desconto da Contribuição Suplementar especificada nos itens 2 e 3 em minha Folha de Pagamento.
------------------------	---

4.2 Fundação ELOS	A Contribuição Suplementar especificada nos itens 2 e 3 será paga diretamente na Tesouraria da Fundação ELOS.
-------------------	---

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

(assinatura)

Nome do Participante:

CPF: