

Alteração de Percentual de Contribuição		Plano de Benefícios II	
Patrocinador COMPANHIA ESPIRITO SANTENSE DE SANEAMENTO - CESAN		Data de Admissão	
Lotação	Cargo	CPF	
Nome completo			Matrícula

Autorizo a alteração do desconto mensal na próxima folha pagamento para o percentual abaixo informado, a ser calculado sobre o meu salário de participação.

() 1% () 2% () 3% () 4% () 5% () 6% () 7% () 7,5% () _____

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

() a partir de _____(mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

Local e data: Vitória(ES), ____/____/____

Assinatura do Participante: _____