

ESTADO DE SANTA CATARINA **AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO/CANCELAMENTO**

**EM FOLHA DE PAGAMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO  1802 | ÓRGÃO  FUNDÃÇÃO CATARINENSE DE CULTURA | MUNICÍPIO  8105 | LOTAÇÃO (SIGLA)  FCC |

ENTIDADE CONSIGNATÁRIA

|  |  |
| --- | --- |
| NOME  ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE CULTURA | CÓDIGO DE DESCONTO  0660 |

**SERVIDOR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MATRÍCULA        - | VÍNCULO | NOME | | |
| CPF | | | DATA DE NASCIMENTO     /    / | SEXO    M  F |

**AUTORIZAÇÃO/CANCELAMENTO (1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTORIZO** O SETORIAL/SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DO ÓRGÃO/ENTIDADE EM QUE ESTOU LOTADO, A DESCONTAR CONTRIBUIÇÃO MENSAL PARA A ENTIDADE ACIMA INDICADA.  A PRESENTE ASSINATURA NÃO INVALIDA EVENTUAIS DESCONTOS JÁ CONSIGNADOS EM  FOLHA DE PAGAMENTO.  **REQUER** AO SETORIAL/SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS O **CANCELAMENTO** DO CÓDIGO DE DESCONTO CONSTANTE ACIMA DA FOLHA DE PAGAMENTO.  **REQUER** AO SETORIAL/SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS O **CANCELAMENTO** DO CÓDIGO DE DESCONTO DE **SEGURO DE VIDA** (SERVIÇOS SECURITÁRIOS E CAPITALIZAÇÃO) CONSTANTE ACIMA DA FOLHA DE PAGAMENTO. DECLARO ESTAR CIENTE QUE PERDEREI TODAS AS VANTAGENS E DIREITOS ADQUIRIDOS E GARANTIDOS AO LONGO DE SUA VIGÊNCIA.  **REQUER** AO SETORIAL/SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS O **CANCELAMENTO** DO CÓDIGO DE DESCONTO DE **SEGURO DE VIDA** CONSTANTE ACIMA DA FOLHA DE PAGAMENTO **COM A FINALIDADE DE INCLUSÃO DE NOVO SEGURO DE VIDA** DE OUTRA SEGURADORA.  DECLARO ESTAR CIENTE QUE PERDEREI TODAS AS VANTAGENS E DIREITOS ADQUIRIDOS E GARANTIDOS AO LONGO DE SUA VIGÊNCIA.  IDENTIFICAÇÃO DO CORRETOR/AGENCIADOR:  NOME  Nº CPF | |
| LOCAL E DATA           /    / | ASSINATURA |

**ENTIDADE DE CLASSE, ASSOCIAÇÃO OU CLUBE (2)**

|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL E DATA           /    / | ASSINATURA |

**SETORIAL/SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS**

|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL E DATA           /    / | CARIMBO E ASSINATURA |

|  |
| --- |
| OBSERVAÇÕES  (1) QUANDO TRATAR-SE DE INCLUSÃO OU CANCELAMENTO DE SEGURO DE VIDA (SERVIÇOS SECURITÁRIOS E CAPITALIZAÇÃO) O SETORIAL/SECCIONAL DEVERÁ ENCAMINHAR O FORMULÁRIO PREENCHIDO E ASSINADO PELO REQUERENTE À BESCOR (RUA SALDANHA MARINHO, 392, 6º ANDAR, CENTRO, FLORIANÓPOLIS, SC – CEP.: 88010-450).  (2) A SER UTILIZADO POR ENTIDADES DE CLASSE, ASSOCIAÇÕES E CLUBES CONSTITUÍDOS EXCLUSIVAMENTE DE SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS E ENTIDADES SINDICAIS, REPRESENTATIVAS DE SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS, QUANDO TRATAR-SE DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO.  DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DE VIDA PELO E-MAIL [bescor@bescor.sc.gov.br](mailto:bescor@bescor.sc.gov.br) ou TELEFONE 0800480079. |

MCP-006