

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

**EM FOLHA DE PAGAMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO1802 | 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)**

|  |
| --- |
| **[x]  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 ou TELEFONE 0800480079. |

MCP-006