



CÓDIGO	ÓRGÃO	MUNICÍPIO	LOTAÇÃO (SIGLA)
	SES	SC	

**ENTIDADE CONSIGNATÁRIA**

NOME	CÓDIGO DE DESCONTO
Associação dos funcionarios estaduais da saúde	5624

**SERVIDOR**

MATRÍCULA	VÍNCULO	NOME
-		
CPF	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
	/ /	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**AUTORIZAÇÃO/CANCELAMENTO**

- 1  **AUTORIZO** O SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS 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.
- 2  **REQUER** AO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS O **CANCELAMENTO** DO CÓDIGO DE DESCONTO CONSTANTE ACIMA DA FOLHA DE PAGAMENTO.
- 3  **REQUER** AO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS 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.
- 4  **REQUER** AO SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS 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
FPOLIS / / 2018	

**ENTIDADE DE CLASSE, ASSOCIAÇÃO, CLUBE OU SINDICATO**

LOCAL E DATA	ASSINATURA
FLORIANÓPOLIS / / 2018	

**SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS**

LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA
/ /	

**OBSERVAÇÕES**

- 1 - A SER UTILIZADO POR ENTIDADES DE CLASSE, ASSOCIAÇÕES, CLUBES OU SINDICAIS, REPRESENTATIVAS DE SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS, QUANDO TRATAR-SE DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO. É NECESSÁRIA A ASSINATURA DA ENTIDADE NO FORMULÁRIO.
- 2 - A SER UTILIZADO PELO SERVIDOR QUANDO TRATAR-SE DE CANCELAMENTO DE DESCONTO DE ENTIDADES DE CLASSE, ASSOCIAÇÕES, CLUBES OU SINDICATOS.
- 3 E 4 - 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).
- DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DE VIDA PELO E-MAIL [bescor@bescor.sc.gov.br](mailto:bescor@bescor.sc.gov.br) ou TELEFONE 0800480079.