

DADOS DO PARTICIPANTE

Inscrição: _____ Nome: _____

Matrícula Funcional: _____ Instituidor: _____ Lotação: _____

Órgão Averbador: _____

AVERBAR

TIPO	NÚMERO	RUBRICA	VALOR	PRAZO
Pecúlio				Indeterminado
Seguro de Vida				Indeterminado
Assistência Financeira				Meses
				Meses
TOTAL AVERBADO:				

MANTER AVERBADO

TIPO	NÚMERO	RUBRICA	VALOR	PRAZO
Pecúlio				Indeterminado
Seguro de Vida				Indeterminado
Assistência Financeira				Meses
				Meses
TOTAL AVERBADO:				

Autorizo que seja processado na minha folha de pagamento a(s) implantação(ões) e/ou suspensão(ões) de desconto(s) conforme discriminação acima. Autorizo, também quando se tratar de averbação relativa a plano previdenciário, a atualização desses valores conforme prevê o(s) regulamento(s) do(s) plano(s) que subscrevi. Autorizo também que, no caso de insuficiência de margem consignável, o Órgão Averbador desconte, se requerido pela EQUATORIAL, valor menor que o da prestação originalmente devida, prorrogando-se, neste caso, automaticamente o contrato por prazo suficiente ao pagamento das novas prestações referentes ao débito recalculado, com os acréscimos decorrentes da mora (juros, correção monetária e multa).

LOCAL E DATA**ASSINATURA****Para uso da Entidade/ÓRGÃO AVERBADOR**

Certifico que na folha de pagamento do funcionário/servidor acima identificado, cujos dados foram por nós confirmados, foi(ram) realizada(s) a(s) implantação(ões) e/ou suspensão(ões) acima informada(s) a partir do mês _____, conforme autorização, inclusive da(s) atualização(ões) conforme regulamento(s) do(s) plano(s) subscrito(s).

Nome do Funcionário/Servidor responsável**Assinatura****Matricula Funcional**