

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO



1. EMPREGADOR / FONTE PAGADORA		1120				
Nome	P					Código
2. CLIENTE (SERVIDOR / BENEFICIÁRIO / PENSIONISTA)						
Nome		CPF				Matrícula
3. DADOS BANCÁRIOS DO CLIENTE						
Nome do Banco	Cód. do Ba	nco 1	N° da A	Agência		Nº da Conta Corrente
4. CARACTERÍSTICAS DA OPERAÇÃO CONTRA	ATADA					
Consignatária BANCO PANAMERICANO S.A.						
EMPRÉSTIMO CONSIGNAI						ÉDITO CONSIGNADO
Valor do Empréstimo N° de Parcelas Valor da Parce R\$	ela Data 1° V	/encime /		Valor da N R\$	Margem C	onsignável
Desde que o Banco Panamericano S.A. ("PAN") possua convênio vigente com o meu Empregador/Fonte						
Pagadora, permitindo o pagamento de empréstimos e/ou faturas de cartão de crédito, conforme descrito acima,						
mediante consignação em folha de pagamento, de forma irrevogável e irretratável:						
 (i) AUTORIZO que o meu Empregador/Fonte Pagadora reserve margem consignável dos meus vencimentos/benefícios até o limite legal, para o pagamento das parcelas do meu empréstimo e/ou pagamento parcial ou integral das minhas faturas de cartão de crédito, conforme o caso; (ii) DECLARO que possuo margem consignável disponível, bem como que tenho conhecimento de que, tratando de cartão de crédito consignado, eventuais valores que sobejarem a minha margem consignável deverão ser pagos por meio da fatura emitida pelo PAN; (iii) AUTORIZO o PAN a utilizar minha conta corrente acima indicada para eventuais débitos inerentes ao meu empréstimo e/ou faturas cartão de crédito, conforme o caso. Tenho ciência de que poderei cancelar esta autorização a qualquer tempo por meio dos Canais de Atendimento e demais canais eletrônicos disponibilizados pelo PAN. Assinalar caso NÃO autorizado (). (iv) SOLICITO que meu Empregador/Fonte Pagadora efetue os descontos sobre meus vencimentos/benefícios e faça os respectivos repasses dos valores descontados diretamente ao PAN, sempre em meu nome, garantindo o abatimento desses valores do total da dívida. A presente autorização é, sendo o caso, extensível ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, na qualidade de Entidade Pagadora, conforme preceitua a legislação vigente. 						
8 21						
ASSINATURA DO CLIENTE						
compreensão, declarou sua concordância.	ome: G/CPF:		L		Nome: RG/CPF:	
AVERBAÇÃO						
Atesto para todos os fins de direito que a operação descrita no quadro 4 acima foi devidamente averbada em / / . AVERBADOR RESPONSÁVEL Assinatura e carimbo de identificação						
1 toonacara e carmioo de identificação						