

Nome do Participante: _____

Inscrição na OAB/SC: _____ CPF: _____ Data de Nasc.: _____

E-mail: _____

ALTERAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

Solicito a alteração a partir de ____/____/____

Contribuição Básica (aposentadoria) passará para: R\$ _____

Contribuição de Risco:

1- Desejo reduzir os valores: Pensão Invalidez

Novos valores: Pensão: R\$ _____ Invalidez: R\$ _____

2- Desejo cancelar as parcelas de risco: Pensão Invalidez

ALTERAÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO

Boleto bancário Boleto bancário eletrônico Débito em conta.

Nome Correntista / Razão Social: _____

CPF / CNPJ: _____

Banco: _____ Agência: _____ Operação*: _____ Conta Corrente: _____

* Preenchimento obrigatório para contas da Caixa Econômica Federal.

Obs.: O OABPrev-SC possui convênio com os bancos: **Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e Sicoob Advocacia (OABCRED)**.

Local, _____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Reservado ao OABPrev-SC

Recebido em: ____/____/____ Responsável: _____