



SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO DA DESPESA PÚBLICA ESTADUAL
DIVISÃO DE PAGAMENTO E PESSOAL

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO
(Anexo II do Decreto)

AUTORIZAÇÃO Nº _____ (COD/ ANO)
COMPETÊNCIA: / / . à / / .

DADOS DO SERVIDOR – Confirmar / Atualizar dados do BDP

Id. Func:	NOME:	PCF – FIXO	
		PCV – CLT	
Data de Nascim:	Doc. Identidade:	CPF:	PIS/PASEP
Endereço Residencial:	Complemento:	E-mail:	
Telefone:	Município:	CEP:	
Secretaria de Origem / Órgão:	Local de Trabalho:		
Código de Autenticidade (Último Contracheque):			
Município de Lotação:	Telefone / Ramal:	Dados Alterados?	

DADOS DA ENTIDADE CONSIGNATÁRIA – Confirmar dados registrados

Código:	Nome / Razão Social da Entidade:	CNPJ:
	Associação dos Oficiais Estaduais do Rio Grande do Sul	14461504/0001-13
Endereço:	E-mail:	Telefone:
Rua Dr. Flores 307 - 12º andar – Centro Hist.	aaofergs@gmail.com	(51) 991120965
Município:	CEP:	Responsável:
Porto Alegre	90020-123	Roberto José Larrossa
Dados Alterados:		

DADOS DAS CONSIGNAÇÕES (Preencher alterações)

1 – MENSALIDADE / CONTRIBUIÇÃO

Início / Vigência:	% S/Vencimentos:	SubCodigo:	Valor Mensal:
---------------------------	-------------------------	-------------------	----------------------

2 – AUXILIO FINANCEIRO / MORADIA

Numero Contrato:	Nome da Instituição Financeira:	Numero Banco/Agencia:	SubCodigo:
Valor Emprestado:	Valor da Parcela Mensal:	Quantidade de Parcelas:	Taxa de Juros:
Mês Início Descontos:	Mês Termina Descontos:	Observações:	

3 – SEGUROS / PECULIOS

Nome da Seguradora:	Entidade Estipulante:	Numero/Denom. da Apólice:	SubCodigo:
Tipo de Seguro:	Início / vigência:	Valor Mensal:	

4 – CONVÊNIOS / COMPRAS / ASSISTENCIA MEDICA

Nome da Entidade Conveniada:	Numero / Dados do Convenio:	SubCodigo:
Tipo de Convenio:	Data da Compra:	Nº Parcelas:
	Termino / Data:	Valor:
Nota Fiscal (anexar 2ª via ao form)	Data da Compra:	Nº Parcelas:
	Termino / Data:	Valor:

Pelo presente instrumento autorizo a implantação em folha de pagamento dos valores constantes deste formulário, ciente de que a soma dos descontos autorizados não devera ultrapassar o limite definido neste Decreto.

Local

Data

Assinatura do Servidor

Declaro que os dados constantes neste formulário são de pleno conhecimento e concordância do servidor, responsabilizando-me pela guarda deste documento na condição de fiel depositário nos termos da Lei.

Assinatura da Entidade

AVERBAÇÃO DO SISTEMA:	DATA / HORA:
------------------------------	---------------------