



**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**

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

**DADOS DA ENTIDADE CONSIGNATÁRIA – Confirmar dados registrados**

<b>Código:</b>	<b>Nome / Razão Social da Entidade:</b> <b>Associação dos Oficiais Estaduais do Rio Grande do Sul</b>	<b>CNPJ:</b> <b>14461504/0001-13</b>
<b>Endereço:</b> <b>Av Cel Aparicio Borges 2053 – Bairros Cel Aparicio Borges – CEP -</b>	<b>E-mail:</b> <b>www.aaofergs.com.br</b>	<b>Telefone:</b> <b>(51) 992268657</b>
<b>Município:</b> <b>Porto Alegre</b>	<b>CEP:</b> <b>90680-570</b>	<b>Responsável:</b> <b>Paulo Ricardo da Silva</b>
		<b>Dados Alterados:</b>

**DADOS DAS CONSIGNAÇÕES (Preencher alterações)**

**1 – MENSALIDADE / CONTRIBUIÇÃO**

<b>Início / Vigência:</b>	<b>% S/Vencimentos:</b> Até 2% do subsídio	<b>SubCodigo:</b>	<b>Valor Mensal:</b> <b>35,00</b>
---------------------------	---	-------------------	--------------------------------------

**2 – AUXILIO FINANCEIRO / MORADIA**

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

**3 – SEGUROS / PECULIOS**

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

**4 – CONVÊNIOS / COMPRAS / ASSISTENCIA MEDICA**

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

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:

