



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE  
PAGAMENTO (Consignações Diversas)

## I - IDENTIFICAÇÃO DO (A) INSTITUIDOR (A) DA PENSÃO DO IPSEMG

01 - NOME:	02 - Nº PROCESSO	03 - CPF:
------------	------------------	-----------

## II - IDENTIFICAÇÃO DO CONSIGNADO

04 - NOME	05 - MATRÍCULA:	06 - CPF:	
07 - CONSIGNADO: <input type="checkbox"/> Servidor Ativo / Inativo <input type="checkbox"/> Pensionista IPSEMG / IPSM <input type="checkbox"/> Bolsista (Lei 15.790/2005) <input type="checkbox"/> Pessoal Contratado (Lei 18.185/2009)	08 - CONSIGNANTE: <input type="checkbox"/> SEPLAG <input type="checkbox"/> IPSEMG <input type="checkbox"/> IPSM <input type="checkbox"/> CBMMG <input type="checkbox"/> PMMG <input type="checkbox"/> DPMG		
09 - LOGRADOURO:	10 - Nº / COMPLEM.:	11 - CEP:	
12 - BAIRRO / DISTRITO:	13 - MUNICÍPIO:	14 - UF:	15 - TEL. (DDD):

## III - IDENTIFICAÇÃO DO CONSIGNATÁRIO

16 - SIGLA: <b>SICOOPCOOPSEF</b>	17 - CNPJ: <b>16.721.078/0001-35</b>	18 - CÓD. CREDENCTO. SEPLAG: <b>092</b>	
19 - LOGRADOURO: <b>AVENIDA BRASIL Nº 1660</b>	20 - Nº / COMPLEM.:	21 - CEP: <b>30140-004</b>	
22 - BAIRRO / DISTRITO: <b>BOA VIAGEM</b>	23 - MUNICÍPIO: <b>BELO HORIZONTE</b>	24 - UF: <b>MG</b>	25 - TEL. (DDD): <b>(31) 3269 5700</b>

## IV - IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO

26 - Descrição	27 - Valor Total ou (%)	28 - Qtde. Parcelas	29 - Valor Parcela	30 - Mês / Ano Início Desconto

31 - Pelo presente, autorizo o Governo do Estado de Minas Gerais / Consignante, a efetuar o(s) desconto(s) acima, em minha folha de pagamento, a favor do (a) CECM DOS FUNC DA SEC DE EST DA FAZ DO EST MG E DE LIVRE ADMISSÃO LTDA - SICOOPCOOPSEF

Consignatário (Razão Social e Sigla).

32 - LOCAL:	33 - DATA:	34 - ASSINATURA DO CONSIGNADO:
-------------	------------	--------------------------------

V - RECONHECIMENTO DE FIRMA OU VALIDAÇÃO DOS  
DADOS P/ SETOR DE RH. (Do Consignado)

35 - RESPONSÁVEL P/ SETOR DE RH (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura)

VI - ABONO DA ASSINATURA (Do Consignado)  
Obrigatório, independente da condição do item V.

36 - RESPONSÁVEL P/ CONSIGNATÁRIO (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura)

37 - LOCAL	38 - DATA	39 - LOCAL	40 - DATA
------------	-----------	------------	-----------