



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"/> Bolsista (Lei 15.790/2005) <input type="checkbox"/> Pensionista IPSEMG / IPSM <input type="checkbox"/> Pessoal Contratado (Lei 18.185/2009)	08 - CONSIGNANTE: <input type="checkbox"/> SEPLAG <input type="checkbox"/> CBMMG <input type="checkbox"/> IPSEMG <input type="checkbox"/> PMMG <input type="checkbox"/> IPSM <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: ASSIMA	17 - CNPJ: 22.641.039/0001-20	18 - CÓD. CREDENCTO. SEPLAG: 008	
19 - LOGRADOURO: RUA DOS GOITACAZES,	20 - Nº / COMPLEM. 103, 17º ANDAR, SALA 1704	21 - CEP: 30.190.910	
22 - BAIRRO / DISTRITO: CENTRO	23 - MUNICÍPIO: BELO HORIZONTE	24 - UF: MINAS GERAIS	25 - TEL. (DDD): (31)3222 5436 OU 32228176

IV - IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO

26 - Descrição	27 - Valor Total ou (%)	28 - Qtde. Parcelas	29 - Valor Parcela	30 - Mês / Ano Início Desconto
Mensalidade Entidade de Classe, e Associação				
Seguro de Vida em grupo I				

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) ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO MINEIRO DE AGROPECUÁRIA - ASSIMA .

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)

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

35 - RESPONSÁVEL P/ SETOR DE RH (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura)	36 - RESPONSÁVEL P/ CONSIGNATÁRIO (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura)
---	---

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