



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"/> SEF <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: SIND-SAÚDE/MG	17 – CNPJ: 42.765.594/0001-71	18 – CÓD. CREDENCTO. SEPLAG: 075	
19 – LOGRADOURO: AV. AFONSO PENA	20 – Nº / COMPLEM. 578/17º andar	21 – CEP: 30130-001	
22 – BAIRRO / DISTRITO: CENTRO	23 – MUNICÍPIO: BELO HORIZONTE	24 – UF: MG	25 – TEL. (DDD): (31)3207-4800

IV - IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO

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

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) Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de Minas Gerais- SIND-SAÚDE/MG.

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) CLEBER CESAR 488.081.726-00	36 - RESPONSÁVEL P/ CONSIGNATÁRIO (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura) GILBERTO LEO FRAGOSO 052.642.256-48		
37 – LOCAL BELO HORIZONTE	38 – DATA	39 – LOCAL BELO HORIZONTE	40 – DATA

