



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DAS FOLHAS DE PAGAMENTO
COORDENAÇÃO DE CONSIGNAÇÕES E CONTROLE DE PAGAMENTO

PEDIDO DE CONSIGNAÇÃO EM FOLHA - PCF

| | |
|--|--------------------|
| 1 - ENTIDADE CONSIGNATÁRIA Associação dos Peritos do Estado do Rio de Janeiro - APERJ | 2 - CÓDIGO 4399 |
|--|--------------------|

| |
|---|
| 3 - ENDEREÇO DA ENTIDADE Praça Tiradentes, número 9 - 13º andar - cobertura 5 - Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20060-070 |
|---|

| 4 - NATUREZA DO BENEFÍCIO | VIGÊNCIA | PRAZO | VALOR EM R\$ |
|---------------------------|----------|---------------|--------------|
| | | INDETERMINADO | 40,00 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4.1 - Mensalidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 - Seguro Pessoal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 - Assistência Médica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 - Pecúlio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.5 - Empréstimo Imobiliário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.6 - Empréstimo Bancário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.7 - Sócio Adventício | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.8 - Cartão Benefício | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PREENCHER COM X OS CAMPOS NÃO UTILIZADOS

| | |
|----------------------|----------------|
| 5 - NOME DO SERVIDOR | MATRÍCULA - ID |
| | |

| |
|--------------------------|
| 6 - ENDEREÇO DO SERVIDOR |
| |

| | |
|---|-------------------------------|
| 7 - SECRETARIA / ÓRGÃO EQUIVALENTE Secretaria de Estado de Segurança - SESEG | U.A. 2 6 1 8 7 0 |
|---|-------------------------------|

8 - SOLICITAÇÃO
Sr. Superintendente;
O Servidor e a Entidade Consignatária identificados solicitam as providências necessárias à averbação do desconto nas condições acima estipuladas, na forma da legislação em vigor.

Em _____ / _____ / _____

_____ ASSINATURA DO SERVIDOR

_____ AGENCIADOR _____ REPRESENTANTE DA ENTIDADE _____ ÓRGÃO FISCALIZADOR

9 - A SER PREENCHIDO PELA SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DAS FOLHAS DE PAGAMENTO

DEFERIDO INDEFERIDO

Em _____ / _____ / _____

_____ SUPERINTENDENTE

OBSERVAÇÕES: CPF: _____

E-MAIL: _____