GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO AO SERVIDOR CIDADÃO
COORDENAÇÃO DE CONSIGNAÇÕES E CONTROLE DE PAGAMENTO

PEDIDO DE CONSIGNAÇÃO EM FOLHA - PCF

1 - ENTIDADE CONSIGNATÁRIA	2 - CÓDIGO
ASSINAP - ASSOCIAÇÃO DOS ATIVOS, INATIVOS E PENSIONISTAS	668-4

3 - ENDEREÇO DA ENTIDADE
RUA BARÃO DO AMAZONAS, 97 - PONTA D'AREIA - NITERÓI - RJ

4 - NATUREZA DO BENEFÍCIO	VIGÊNCIA	PRAZO	VALOR EM R$

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

6 - ENDEREÇO DO SERVIDOR

7 - SECRETARIA / ÓRGÃO EQUIVALENTE	U.A.

8

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 SUPERINTENDENCIA DE ATENDIMENTO AO SERVIDOR CIDADÃO

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

Em ____/____/____.

_____
SUPERINTENDENTE

Observações:_____