

Órgão Consignatário				Número Contrato	
Produto				Código	
Inclusão de Titular	Alteração	Inclusão de Dependentes	Exclusão de Dependentes		
Dados Básicos do Titular					
Nome				CPF	
RG	Local de Emissão	Data de Emissão	Matrícula		
Endereço					
Complemento	Bairro	Município	UF	CEP	
Telefone Residencial	Telefone Celular	E-mail			
Apelido	Religião	Data de Nascimento	Estado Civil		
Endereço Comercial					
Complemento	Bairro	Município	UF	CEP	
Telefone Comercial	Ramal	Telefax	E-mail		
Data da Cobertura SAFF (Serviço de Assistência Funeral Familiar) Padrão (categoria)		Data de Inclusão	/	/	Dias de Carência
Data da Cobertura CBMT (Cestas Básicas por Morte do Titular) Padrão (categoria)		Número de Cestas	Dias de Carência		
Dados dos Dependentes					
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome / Parentesco / Estado Civil		CPF	Data de Nascimento	Sexo	M F
			/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custo Mensal (Titular)	Custo Mensal (Dependentes)	Mensalidade Associativa	Custo Mensal (Total)		
Forma de Pagamento					
<input type="checkbox"/> Boleto Bancário	<input type="checkbox"/> Débito em Conta (Bradesco) Ag	CC.	<input type="checkbox"/> Desconto em Folha	<input type="checkbox"/> Carnê	
Dia desejado para vencimento			Periodicidade de Pagamento		
<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25
			<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral
			<input type="checkbox"/> Anual		
DECLARO TER RECEBIDO UMA VIA DESTA PROPOSTA EM CONJUNTO COM AS CLÁUSULAS CONTRATUAIS EM ANEXO. AUTORIZO OU RATIFICO O DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO CONFORME CONDIÇÕES E VALORES AQUI DESCRITOS.					
Local e Data: _____			Assinatura do Titular		
Data do Protocolo na Unasp	Data do 1º Pagamento	Código do Agente ou Plataforma	FC	OC	
	/ /				
Código Unasp	Nome do Vendedor				



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	
3- Endereço da Entidade			
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- Secretária / 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 superintendência de atendimento ao servidor cidadão			
<input type="checkbox"/> Deferido		<input type="checkbox"/> Indeferido	
Em _____ / _____ / _____		Assinatura do Superintendente	
Observações:			