


ANEXO V-A DO DECRETO Nº 45.079, DE 02 DE ABRIL DE 2009

 GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO		SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO	
DADOS SERVIDOR(A) / PENSIONISTA			
01 - NOME:		04 - <input type="checkbox"/> Servidor Ativo <input type="checkbox"/> Servidor Inativo <input type="checkbox"/> Pensionista	
02 - MASP:	03 - CPF:		
05 - LOGRADOURO:		06 - NÚMERO / COMPLEMENTO:	07 - CEP:
08 - BAIRRO / DISTRITO:	09 - MUNICÍPIO:	10 - UF:	11 - TELEFONE:
12 - ÓRGÃO DE ORIGEM / EXERCÍCIO:		13 - CARGO:	
14 - Pelo presente, solicito a EXCLUSÃO do(s) desconto(s) abaixo descrito(s) da minha folha de pagamento.			
15 - LOCAL:	16 - DATA:	17 - ASSINATURA DO SERVIDOR / PENSIONISTA:	
SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO			
18-Consigatário	19-Descrição do Desconto	20-Valor Mensal	
1) COOPSEF	1)		
	2)		
RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO			
21 - <input type="checkbox"/> Via Consigatário: _____ Identificação Consigatário		22 - RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (Nome,CPF,Rubrica)	
<input type="checkbox"/> Órgão / Regional: _____ Identificação Órgão / Regional			
Esta solicitação deve ser encaminhada diretamente ao consigatário a ser cancelado.		22 - LOCAL:	23 - DATA:

CÓD. 13.04.06 - SEPLAG/SCAP/DCPPP/CONSIGNAÇÃO

VIA ÚNICA: CONSIGNATÁRIO

 GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO		SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO	
COMPROVANTE DE ENTREGA			
24 - NOME:		25 - MASP:	
26-Consigatário	27-Descrição do Desconto	28-Valor Mensal	
1) COOPSEF	1)		
	2)		
29 - CONSIGNATÁRIO/RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: (Nome, CPF, Assinatura)		32 - ÓRGÃO/REPARTIÇÃO PÚBLICA/RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: (Nome, MASP, Assinatura)	
30-LOCAL:	31-DATA:	33-LOCAL:	34-DATA:

CÓD. 13.04.06 - SEPLAG / SCAP / DCPPP / CONSIGNAÇÃO

VIA ÚNICA: SERVIDOR/PENSIONISTA