

AO DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS

DIVISÃO DE CONSIGNAÇÕES E AVERBAÇÕES

REQUERIMENTO DE **MARGEM CONSIGNÁVEL**

NOME: _____

R.G.: _____ TELEFONE PARA CONTATO: _____

MEMBRO () ATIVO SERVIDOR () ATIVO () Cargo em COMISSÃO
() INATIVO () INATIVO

1. ASSOCIAÇÃO: () APMP () ASSEMP-PR () ASPP

É **necessário** ser associado, pois os convênios dos Bancos são com as Associações.

2. BANCO: () BB () SICREDI () PARANÁ BANCO () CEF

3. QUAL O MODO DE RECEBIMENTO DE SUA MARGEM CONSIGNÁVEL?

() Pessoalmente () Encaminhar à ASSEMP-PR () Enviar ao meu e-mail funcional
(apenas para contratação com o BB)

() Outra forma. Descrever: _____

Assinalar **apenas** uma forma de recebimento.

4. PERCENTUAL DA MARGEM CONSIGNÁVEL SOLICITADA:

() 40% () Valor Específico: R\$ _____

Valor Específico refere-se ao valor da parcela do empréstimo.

*Lei Estadual nº 13740 de 24 de julho de 2002, com **alterações** da Lei Estadual nº 18779 de 12 de maio de 2016.*

5. MARGEM CONSIGNÁVEL MEDIANTE QUITAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS? () Não () Sim

Caso positivo, informar o valor da(s) **parcela(s)** a ser(em) quitada(s):

R\$ _____ R\$ _____ R\$ _____

A ser preenchido pelo DGP:

PARA A FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS DE _____

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do requerente

O requerimento poderá ser encaminhado ao DGP via e-mail institucional.

E-mail: mbmuraro@mppr.mp.br ou gzdomingues@mppr.mp.br

Tel: (41) 3250-4193