

## Autorização de Desconto em Folha de Pagamento

Razão Social Órgão/Empregador

Nome do Empregado/Serviço Público

Matrícula nº	CPF/MF	RG nº
Salário Bruto (R\$)	Salário Líquido (R\$)	Outros Empréstimos Consignados (R\$)
Margem Consignável Disponível	Valor da Prestação (R\$)	Quantidade de Parcelas
Periodicidade das Parcelas	Data de Pagamento da 1ª Parcela	Data de Pagamento da Última Parcela

**Mensal**

### Comprometimento de Verbas Rescisórias para Amortização da Dívida (Limitado a 30%)

#### Para Uso Exclusivo do Banco

Total de Descontos Compulsórios (R\$)	Total de Descontos Facultativos (R\$)
---------------------------------------	---------------------------------------

### Termo de Autorização do Empregado / Servidor

Autorizo e solicito, em caráter irrevogável e irretratável, ao meu empregador, acima identificado, a efetivação dos descontos em minha folha de pagamento, pelos valores, na periodicidade e durante o prazo e condições acima discriminados. Esclareço que referida autorização é condição de pagamento de empréstimo que realizei com o Banco Bradesco Financiamentos S.A.

Os descontos deverão ocorrer na periodicidade acima estabelecida e deverão ser repassados diretamente ao Banco Bradesco Financiamentos S.A. a título de pagamento das parcelas do empréstimo realizado.

Autorizo ainda, em caráter irrevogável e irretratável, a utilização de até 30% das minhas Verbas Rescisórias para amortização do empréstimo ora contraído com o Banco Bradesco Financiamentos S.A. conforme previsto nas normas em vigor.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Empregado / Servidor Público

### Termo de Responsabilidade do Órgão Empregador

Nos termos das normas em vigor que regem o assunto, formulários a presente para assumir integralmente a solicitação de desconto em folha de pagamento do empregado/servidor supra identificado, esclarecendo que a partir da presente data as parcelas do empréstimo celebrado serão averbadas em folha de pagamento e os valores descontados repassados diretamente ao Banco Bradesco Financiamentos S.A, até o 5º dia útil após a data de pagamento da remuneração mensal do referido funcionário.

Assinatura dos Representantes Autorizados com carimbo identificador:	Carimbo do CNPJ/MF Empregador
_____ Órgão/Empregador Razão Social: CNPJ/MF: Identificação dos Representantes Legais Nome: CPF/MF: Nome: CPF/MF:	

Os dados pessoais compartilhados por meio do presente documento deverão ser utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018).