



**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PRÓ-SAÚDE
POLICIAL MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
PRÓ-PM**

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

CADASTRO DO ASSOCIADO

RE	POSTO	NOME		
ENDEREÇO (Avenida, Rua, Número, Complemento)			BAIRRO	
CIDADE	CEP	CEL/WHATSAPP	OPM	
CPF	DATA NASC.	E-MAIL		
ASSINALE COM UM (X) A SUA OPÇÃO				
<input type="checkbox"/> R\$ 4,30 Aluno-Oficial, Cabo, Soldado	<input type="checkbox"/> R\$ 6,45 Subtenente, Sargento	<input type="checkbox"/> R\$ 10,04 Capitão, Tenente, Aspirante Oficial	<input type="checkbox"/> R\$ 14,32 Oficial Superior	<input type="checkbox"/> R\$ _____ Outro valor

AUTORIZO a PMESP e a SPPREV a implantar e/ou alterar em folha de pagamento a consignação acima sob o código 097182-0 - Associação Beneficente Pró-Saúde Policial Militar do Estado de São Paulo - PRÓ-PM.

Em ____ / ____ / 20 ____

ASSINATURA DO ASSOCIADO

DOBRE
-AQUI-



CARTA-RESPOSTA

NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O SELO SERÁ PAGO POR:

Associação Beneficente Pró-Saúde Policial-Militar do Estado de São Paulo

AC SANTANA
CEP 02013-999 - São Paulo - SP

DOBRE
-AQUI-