



**ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE PRÓ SAÚDE  
POLICIAL MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Ativo  Veterano  Pensionista

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

NOME _____		RE _____	POSTO / GRADUAÇÃO _____
CPF _____	OPM _____	Data de Nascimento ____/____/____	
Cidade onde reside _____	E-mail _____		
 Tel.: (    ) _____			



**A SOLIDARIEDADE É O MELHOR REMÉDIO  
PARA A SAÚDE DO POLICIAL MILITAR**

Contribuição mensal  
R\$ \_\_\_\_\_

AUTORIZO a PMESP e a SPPREV a implantar em folha de pagamento a consignação acima sob o código 097182-0 - referente a (0,16% PADRÃO + RETP)  
Associação Beneficente Pró-Saúde Policial Militar do Estado de São Paulo - PRÓ-PM.

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA