



**POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO
DE CONSIGNATÁRIAS
EM FOLHA DE PAGAMENTO PM**

DADOS DA CONSIGNATÁRIA

CÓD. DA CONSIGNATÁRIA	DC	NOME DA CONSIGNATÁRIA
0 9 7 1 8 6 0		Associação dos Oficiais de Saúde da Polícia Militar do Estado de São Paulo

DADOS DO ASSOCIADO

RE	DC	POSTO/GRAD	NOME

AUTORIZO IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB O CÓDIGO ACIMA EM FOLHA DE PAGAMENTO PM

ASSINATURA DO ASSOCIADO

DATA	(A)

ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA

DATA	(A)

CDP11-03

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO - FORMULÁRIO CDP11-03

DADOS DA CONSIGNATÁRIA: **CÓDIGO DA CONSIGNATÁRIA:** deverá ser preenchido com o código da consignatária. Ex: 097120
DC: Dígito Conferidor Ex: 8.
NOME DA CONSIGNATÁRIA: deverá ser preenchido com o nome e abreviatura constantes do contrato de consignação junto à PMESP.
Ex: Associação dos Policiais Militares Deficientes Físicos do Estado de São Paulo - APMDFESP.

DADOS DO ASSOCIADO: **RE:** preencher da direita para a esquerda com o RE (Registro Estatístico) do PM associado.
DC: preencher com o dígito do RE (Registro Estatístico) do PM associado.
POSTO/GRAD: preencher com a **sigla** correspondente ao Posto (para Oficiais) ou Graduação (para Praças).
Ex: 1º Ten PM (1º Tenente PM) ou 1º Sgt PM (1º Sargento PM).
NOME: preencher com o nome do Oficial ou Praça associado, em letra de forma .

ASSINATURA DO ASSOCIADO: **DATA:** preencher com a data de assinatura do formulário no formato DDMMAA. **EX: 01/01/98.**
(A): assinatura do associado.

ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA: **DATA:** preencher com a data de assinatura do formulário no formato DDMMAA. **EX: 01/01/98.**
(A): preencher com a chancela da empresa consignante e assinatura (manuscrita) do representante da entidade.

ATENÇÃO:

- Preencher por completo e sem rasuras.
- Não é permitido o uso de chancela (carimbo) com assinatura do representante da consignataria já impressa.

Endereço: _____

Telefone fixo: _____ Celular _____

E-mail: _____ @ _____

CPF: _____ RG: _____