

ASSOCIE-SE À PRÓ-PM PREENCHENDO O FORMULÁRIO ABAIXO

Ajude a PRÓ-PM a melhorar o Sistema de Saúde Física e Mental da Polícia Militar

Quanto maior for o número de colaboradores, mais equipamentos serão adquiridos para o Centro Médico, Centro Odontológico e Centro Farmacêutico.

Mais parcerias serão firmadas para realização de exames e outros procedimentos que não são feitos no Hospital da Polícia Militar.

Mais insumos para o Centro Farmacêutico serão comprados aumentando assim a produção de medicamentos.

Mais apoio ao Centro de Assistência Social e Jurídica na contratação de Clínicas Especializadas em Saúde Mental.

Com uma pequena quantia mensal de muitos, uma grande obra poderá ser realizada.

INSTRUÇÕES PARA SE ASSOCIAR

POLICIAL MILITAR DA ATIVA:

Tire uma cópia do formulário abaixo "AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIA EM FOLHA DE PAGAMENTO", preencha-o colocando o valor correspondente ao seu posto/graduação e encaminhe à PRÓ-PM via malote da Polícia Militar.

POLICIAL MILITAR INATIVO:

Tire uma cópia do formulário abaixo "AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIA EM FOLHA DE PAGAMENTO", preencha-o colocando o valor correspondente ao seu posto/graduação e encaminhe à PRÓ-PM para o seguinte endereço: Rua Alfredo Pujol, 285 – Conjunto 53 – CEP 02017-010 – Santana – São Paulo – São Paulo

Contribuição mensal:

Al Of, Cb e Sd.....R\$ 2,00
Subten e Sgt.....R\$ 3,00
Cap, Ten e Asp Of.....R\$ 4,00
Oficiais Superiores.....R\$ 5,00



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

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

DADOS DA CONSIGNATÁRIA

CÓDIGO DA CONSIGNATÁRIA 097182	DG 0	NOME DA CONSIGNATÁRIA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PRÓ-SAÚDE POLICIAL-MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO – PRÓ-PM
--	----------------	--

DADOS DO ASSOCIADO

RE	POSTO/GRADUAÇÃO	NOME			
ENDEREÇO (AVENIDA, RUA, NÚMERO)		BAIRRO	CIDADE		
CEP	FONE RESIDENCIAL	UNIDADE	CIA/SEC/ESQ	PEL E GP	FONE DA UNIDADE

DADOS DA CONSIGNAÇÃO

Nº DE ORDEM	ESPÉCIE	DESCRIÇÃO DA ESPÉCIE	VALOR(R\$)
01	30	MENSALIDADE	
02			
03			
04			

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

ASSINATURA DO ASSOCIADO

ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA

Em:	Em:
ASSINATURA	ASSINATURA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

DADOS DA CONSIGNATÁRIA	CÓDIGO DA CONSIGNATÁRIA: deverá ser preenchido com o código da consignatária. Ex: 097182 DC: Dígito Conferidor Ex: 0. NOME DA CONSIGNATÁRIA: deverá ser preenchido com o nome e abreviatura constante do contrato de consignação junto à PMESP. Ex: Associação Beneficente Pró-Saúde Policial Militar do Estado de São Paulo – PRÓ-PM
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).
DADOS DA CONSIGNAÇÃO	Nº DE ORDEM: ordem de preenchimento. ESPÉCIE: preencher com o código da espécie consignada relativa ao desconto a ser efetuado em Folha de Pagamento PM. Ex: código da espécie 30. DESCRIÇÃO DA ESPÉCIE: preencher com a descrição, por extenso, do código da espécie. Ex: para o código da espécie 30 a descrição será mensalidade . VALOR: corresponde ao valor a ser descontado pelo código da espécie lançada.
ASSINATURA DO ASSOCIADO	DATA: preencher com a data de preenchimento do formulário. (A): assinatura do associado.
ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA	DATA: preencher com a data de preenchimento do formulário. (A): preencher com a chancela da empresa consignante e assinatura do representante da entidade.