



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO _____

CONSIGNATÁRIA

ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO

097101

DADOS DO ASSOCIADO

RE

POSTO/GRADUAÇÃO

NOME

PENSIONISTA/MATRICULA

NOME

PREENCHER COM OS DADOS DO MILITAR FALECIDO

NOME: _____

POSTO: _____ RE: _____ DATA DE FALECIMENTO _____

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

DATA	ASSINATURA DO ASSOCIADO	DATA	ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA
/ /		/ /	

PREENCHER EM LETRA DE FORMA SEM RASURAS OU ABREVIACÕES