ABEPOM

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA
Ação entre Amigos Sargento Ghilardi

Dados do Associado:

Nome do Associado: _____

Matr:_____

Fone Res:_____Cel: _____

E-mail: _____

Dados e valores da ação:

Beneficiado: Evandro João **Ghilardi**

☐ 1 parcela de R$ 100,00 ☐ 2 parcelas de R$ 50,00 ☐ 4 parcelas de R$ 25,00

☐ Valores acima de R$ 100,00 Valor: R$ _____ Numero de Parcelas:_____

Requerimento:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, autorizar que o desconto mencionado acima seja consignado em sua folha de pagamento ou na falta da margem consignada, em conta corrente, bem como, quaisquer outros encargos devidos, decorrente da prestação deste serviço. Caso a consignação em folha de pagamento não possa, por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretratável, que também, tal desconto seja debitado em sua conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos.

Os valores a serem descontados visam custear o tratamento médico do 3º Sargento PM Evandro João Ghilardi, diagnosticado com melanoma (câncer maligno). As aplicações de quimioterápicos que podem salvar sua vida devem ocorrer quinzenalmente, tendo cada dose um custo de R$ 30.000,00.

Nestes termos, pede deferimento.

Local e data: _____, _____ de _____ de 201___.

_____ _____

Ass Associado TITULAR **Abepom**