



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

FUNDO DE ASSISTÊNCIA FEMININA DA PMMS- FAF

TERMO DE ADESÃO

Eu, _____ posto ou graduação _____, estado civil _____, data de nascimento _____, RG _____ CPF _____, matrícula _____, unidade _____, residente à _____, nº _____, bairro _____, cidade _____, telefone(s) _____, email _____. AUTORIZO a descontar em Folha de Pagamento, em favor do FAF/PMMS, o valor (porcentagem) de 0,20% do subsídio inicial sobre o posto/graduação correspondente, valor este, deliberado e aprovado em Assembleia Geral.

Declaro ainda ter ciência de que o valor será reajustado de acordo com minhas promoções e com o(s) aumento(s) salarial(ais) concedido(s) aos policiais militares pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, na porcentagem supra.

Campo Grande – MS, _____ de _____ de _____.

ASSOCIADO

FAF/PMMS

DEPENDENTES

CONJUGE (NOME)	DATA DE NASCIMENTO

FILHOS (NOME)	DATA DE NASCIMENTO

FUNDO DE ASSISTÊNCIA FEMININA DA PMMS- FAF

Rua: Rodolfo José Pinho nº 1506, Jardim São Bento - Campo Grande/MS - CEP: 79.004-690 - Quartel da Policlínica - Bloco C
Fone: 67 3341-5902 - Celular Plantão 24 horas: 67 99209-5350 - Email: fafpmms@hotmail.com