



**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE CACHOEIRINHA – RS
CNPJ Nº 26.238.639/0001-01**

AUTORIZAÇÃO - CONVÊNIO ODONTOLÓGICO

Eu, _____, Matricula _____,
Cargo/função: _____, CPF nº _____;
AUTORIZO o desconto em folha de pagamento mensal no valor de
R\$: _____ (_____) em favor da ASPMC -
Associação dos Servidores Públicos Municipais de Cachoeirinha – RS referente a
PLANO ODONTOLÓGICO.

Cachoeirinha-RS, _____ de _____ de _____

Ass. do Servidor requerente



**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE CACHOEIRINHA – RS
CNPJ Nº 26.238.639/0001-01**

AUTORIZAÇÃO - MENSALIDADE ASPMC

Eu, _____, Matricula _____,

AUTORIZO o desconto em folha de pagamento mensal no valor de **2% de um
salário mínimo** vigente no país em favor da ASPMC – Associação dos Servidores
Públicos Municipais de Cachoeirinha – RS referente a Mensalidade ASPMC.

Cachoeirinha-RS, _____ de _____ de _____

Ass. do Servidor requerente