



**ASFEPA-ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO FISCO ESTADUAL DO PARÁ
AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

NOME DO SÓCIO: _____

MATRÍCULA: _____ TELEFONE: _____

CELULAR: _____ EMAIL: _____

PELA PRESENTE AUTORIZO A SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA/ SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO, A CONSIGNAÇÃO EM MEUS VENCIMENTOS DOS DESCONTOS ABAIXO INDICADOS, A FAVOR DE ASFEPA-ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO FISCO ESTADUAL DO PARÁ.

DESCRIÇÃO DOS DESCONTOS:

MENSALIDADE ASFEPA	VALOR R\$: _____
PLANO DE SAUDE UNIMED	VALOR R\$: _____
SEGURO COMPLEMENTAR	VALOR R\$: _____
TIM	VALOR R\$: _____
VIVO	VALOR R\$: _____
UNIODONTO	VALOR R\$: _____
OTICA	VALOR R\$: _____
OUTROS _____	VALOR R\$: _____

TOTAL DOS DESCONTOS A FAVOR DA ASFEPA VALOR R\$: _____

MÊS DO PRIMEIRO DESCONTO: _____

BELÉM, _____ DE _____ DE 2024

ASSINATURA DO ASSOCIADO