

venha fazer parte da família AFAM

PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO FAMILIAR - PENSIONISTA

Associação Fundo
de Auxílio Mútuo dos
Militares do Estado de São Paulo

Rua Florêncio de Abreu, 591
Centro - São Paulo - SP - 01029-001
Telefax: (11) 3328-1500



REQUERIMENTO

1) Estando ciente do inteiro teor do Estatuto e Regimento Interno da Associação Fundo de Auxílio Mútuo dos Militares do Estado de São Paulo, documentos estes registrados no Cartório 6º Registro Civil das Pessoas Jurídicas de São Paulo, requeiro minha admissão como associado da **AFAM**, nos termos estatutários e regimentais em vigor, e me comprometo a atender as disposições, em especial a que estabelece que o ingresso ao quadro associativo dar-se-á mediante o aceite da Diretoria e se concretizará após o primeiro desconto em folha de pagamento do valor correspondente à contribuição mensal devida.

2) Declaro estar, juntamente com meus dependentes, em perfeitas condições de saúde, sujeitando-nos à inspeção médica, caso seja solicitada.

Assinatura do(a) Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PENSIONISTA

NOME															
MATRÍCULA		RE DO(A) FALECIDO(A)		DATA DO FALECIMENTO / /		SEXO DA(O) PENSIONISTA <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		É PORTADORA(O) DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
CPF			RG		DATA DE NASCIMENTO / /		ESTADO CIVIL ATUAL <input type="checkbox"/> CASADA(O) <input type="checkbox"/> DIVORCIADA(O) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVA(O)								
CONTA BANCÁRIA															
BANESPA		AGÊNCIA		TIPO		CONTA Nº		NOSSA CAIXA		AGÊNCIA		TIPO		CONTA Nº	
0 3 3								1 5 1							
ENDEREÇO RESIDENCIAL															
ENDEREÇO						NÚMERO	APTO	COMPLEMENTO		BAIRRO					
CEP			CIDADE			ESTADO		TELEFONE 0 X X							
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA CASO END. RESIDENCIAL FOR O MESMO DE CORRESPONDÊNCIA NÃO PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO															
ENDEREÇO						NÚMERO	APTO	COMPLEMENTO		BAIRRO					
CEP			CIDADE			ESTADO		TELEFONE 0 X X							

FILIAÇÃO

PAI					MÃE							
DEPENDENTES					GRAU DE PARENTESCO		DATA DE NASCIMENTO		DEF. FÍSICO		DEF. MENTAL	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Outros Dependentes além do previsto, para a aplicação do Art.7º, §1º do Regimento interno												
NOME					GRAU DE PARENTESCO		DATA DE NASCIMENTO		DEF. FÍSICO		DEF. MENTAL	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
							/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

No caso de morte deste(a) associado(a), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral, conforme disposto no Art.14,I,b,3) do Regimento Interno

NOME: _____ RG Nº _____

Aceite da Diretoria

Proposta de Admissão aceita não aceita pela Diretoria, conforme disposto no Art.4º,§2º do Estatuto e Art.2º,III do Regimento Interno.

Diretor / Cargo