

PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO INDIVIDUAL

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

Rua Florêncio de Abreu, 591 - Centro
São Paulo - S.P. - CEP: 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, e ciente da carência de 9 (nove) meses de efetiva contribuição para receber benefícios, requero 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 em perfeitas condições de saúde, sujeitando-me à inspeção médica, caso seja solicitada.

_____, DE _____ DE _____ Assinatura do(a) Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO(A) POLICIAL MILITAR				SEXO	É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA?	
NOME				<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
POSTO / GRADUAÇÃO	RE	OPM	DATA DE ADMISSÃO NA PM / /	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	
CPF	RG	DATA DE NASCIMENTO / /	CONTA BANCÁRIA			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			BANCO	AGÊNCIA	TIPO	CONTA Nº
ENDEREÇO			NÚMERO	APTO	COMPLEMENTO	BAIRRO
CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE		CELULAR	
E-MAIL						
<input type="checkbox"/> AUTORIZO e-mail e correspondência <input type="checkbox"/> AUTORIZO somente e-mail <input type="checkbox"/> AUTORIZO somente correspondência <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZO						

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			

FILIAÇÃO						
PAI	MÃE	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
				/ /	<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
				/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

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

NOME: _____ RG nº _____ DATA DE NASCIMENTO / /

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS: CÔNJUGE: CERTIDÃO DE CASAMENTO FILHOS (solteiros e menores de 18 anos): CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 COMPANHEIRA(O): DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL-AFAM

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.

_____, DE _____ DE _____ DIRETOR / CARGO

	<p>Associação Fundo de Auxílio Mútuo dos Militares do Estado de São Paulo</p>	<p>AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIAS EM FOLHA DE PAGAMENTO PM</p>
--	---	--

DADOS DA CONSIGNATÁRIA		
CÓD. DA CONSIGNATÁRIA	DC	NOME DA CONSIGNATÁRIA
0 9 7 1 2 1 0		ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM.
DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)		
RE	DC	POSTO/GRADUAÇÃO NOME

AUTORIZO IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB OS CÓDIGOS ACIMA RELACIONADOS EM FOLHA DE PAGAMENTO PM	
ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A)	ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA
DATA / / (A)	DATA / / (A) (A SER PREENCHIDO PELA AFAM)