



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

PROPOSTA DE ADMISSÃO

reservado para o protocolo

Plano Individual - Categoria "D" MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO

1. Nos termos do Estatuto e Regimento Interno da **AFAM**, dos quais tenho pleno conhecimento, requiero:

- a minha admissão como Associado
- a inclusão das pessoas abaixo indicadas como agregados, responsabilizando-me pelo pagamento das respectivas contribuições, bem como eventuais débitos por eles assumidos.

2. Estou ciente que:

- a) A minha condição de associado(a) ou a agregação requerida, concretizar-se-á após o primeiro desconto em folha de pagamento ou débito bancário, do valor correspondente às contribuições mensais devidas.
- b) Os benefícios que eu ou agregados por mim indicados terão direito, restringir-se-ão à aquisição de medicamentos, fardamentos e produtos de conveniências oferecidos pela rede **AFAM**, aos cursos oferecidos pelo Espaço Cultural e aos serviços e ou produtos oferecidos pelas empresas parceiras da **AFAM** ficando excetuados os demais Auxílios e Amparos previstos para as demais categorias de associados.
- c) qualquer custo complementar decorrente de débito em conta, processado pelo Banco, será de minha inteira responsabilidade.

3. Declaro estar, juntamente com as pessoas indicadas como agregados, em perfeitas condições de saúde, sujeitando-nos a inspeção médica, caso seja solicitado.

INFORMAÇÕES CADASTRAIS (PESSOAS)									
P E S S O A S	RE	NOME						JÁ FOI ASSOCIADO?	
	PENSIONISTA MATRÍCULA Nº		<input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE		ESTADO CIVIL	
	POSTO/GRADUAÇÃO		<input type="checkbox"/> EX-DEPENDENTE DE PM	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	/ /			<input type="checkbox"/> CASADO	
	OPM		CPF	RG			<input type="checkbox"/> SOLTEIRO		
							<input type="checkbox"/> DIVORCIADO		
							<input type="checkbox"/> VIÚVO		
							<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL		
	ENDEREÇO RESIDENCIAL						NÚMERO		
	AP	COMPLEMENTO	CEP	CIDADE		ESTADO			
	ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA						NÚMERO		
AP	COMPLEMENTO	CEP	CIDADE		ESTADO				
CONTA CORRENTE			AGÊNCIA	TIPO	NÚMERO				
BANCO <input type="checkbox"/> BANESPA <input type="checkbox"/> NOSSA CAIXA									

PESSOAS INDICADAS COMO AGREGADOS:			
NOME	RG	PARENTESCO	NASCIMENTO
			/ /
			/ /
			/ /

_____, ____ de _____ de _____
Assinatura do requerente

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

Associação Fundo de Auxílio Mútuo dos Militares do Estado de São Paulo		AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DA PMESP	
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	DATA DE NASCIMENTO	NOME
/ /		/ /	
AUTORIZO O CDP/PM A IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB OS CÓDIGOS ACIMA RELACIONADOS EM FOLHA DE PAGAMENTO E FORNECER À AFAM, OS DADOS BANCÁRIOS ATUALIZADOS DE MINHA CONTA CORRENTE.			
ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A)		ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA	
DATA	(A)	DATA	(A)
/ /		/ /	

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

1. Quadro “Informações Cadastrais”, preencher:

- a. PM - os espaços (RE, Posto/Graduação, OPM e Dados Pessoais);
- b. preencher os dados referentes aos endereços (localização) e conta bancária.
- c. o rol de Agregados:
- d. os demais dados do quadro, relacionando com a condição de cada pessoa indicada.

2. O requerente deverá preencher a autorização correspondente para o desconto.

3. O preenchimento deverá, quando possível, ser orientado por funcionário da *AFAM*.

Categoria “D”

Quem pode se associar:

- militares do Estado de São Paulo;
- pensionistas da CBPM;
- ex-dependentes de militares do Estado de São Paulo;
- funcionários públicos em geral.

Quem o associado pode agregar:

- seu cônjuge ou companheira(o), bem como seus parentes consangüíneos e afins.

Valor da contribuição = 0,7 UC (Unidade de Contribuição = 5% padrão Sd 2 PM)

Obs:

O pagamento da mensalidade do associado, fica vinculado à sua própria folha de pagamento.

O pagamento da mensalidade do agregado fica vinculado à folha de pagamento do associado que der origem à agregação.