



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

## PROPOSTA DE ADMISSÃO

reservado para o protocolo

### Plano Individual - Categoria "D" PENSIONISTAS

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								
	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				
	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 DE PENSIONISTA			
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)							
MATRÍCULA	DC	DATA DE NASCIMENTO	NOME				
/ /		/ /					
NATUREZA DO DESCONTO - CÓDIGO 097121				VALOR TOTAL AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> NORMAL - MENSALIDADE	R\$	<input type="checkbox"/> ATRASADO - VARIÁVEL	R\$	VALOR TOTAL AUTORIZADO R\$			
PERÍODO DE AUTORIZAÇÃO							
<input type="checkbox"/> PERMANENTE				<input type="checkbox"/> DETERMINADO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____			
ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A)				ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA			
DATA	(A)	DATA	(A)	DATA	(A)	DATA	(A)
/ /		/ /		/ /		/ /	

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

### **1. Quadro “Informações Cadastrais”, preencher:**

- a. PENSIONISTA - o espaço Matrícula 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, fica vinculada à sua própria folha de pagamento.**

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