

venha fazer parte da família AFAM

**PROPOSTA DE ADMISSÃO
PLANO INDIVIDUAL - PENSIONISTA**

Associação Fundo de Auxílio Mútuo dos Militares do Estado de São Paulo
Rua Florêncio de Abreu, 591 - 1º, 2º e 3º andares
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, em perfeitas condições de saúde, sujeitando-me à inspeção médica, caso seja solicitada.

_____, _____ DE _____ DE _____ 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
-----	-----

CÔNJUGE OU COMPANHEIRA (O) (PARA FINS CADASTRAIS)

DATA DE NASCIMENTO

DEF. FÍSICO

DEF. MENTAL

/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
-----	---	---

FILHOS (PARA FINS CADASTRAIS)

DATA DE NASCIMENTO

DEF. FÍSICO

DEF. MENTAL

NOME	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

No caso de morte desta(e) associado(a), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral, conforme disposto no Art.14,II,b) 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.

_____, _____ DE _____ DE _____ DIRETOR / CARGO