

SE VOCÊ É SÓCIO DA AFAM, PREENCHA ESTA FICHA E NOS REMETA, PARA QUE POSSAMOS ATUALIZAR O SEU CADASTRO

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

PLANO: FAMILIAR
 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

Para uso exclusivo da
AFAM

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

RE	NOME				
DATA DE NASCIMENTO	DATA DE ADMISSÃO NA PM	POSTO / GRADUAÇÃO	É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA?	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO
/ /	/ /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTAVEL	1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL <input type="checkbox"/> INCOMP 1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL <input type="checkbox"/> INCOMP 1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL <input type="checkbox"/> INCOMP 1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL <input type="checkbox"/> INCOMP
OPM	CPF	RG	SEXO		
			<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		

ENDERECO RESIDENCIAL

RUA / AVENIDA	Nº	APTO	COMPLEMENTO	BAIRRO
CEP	CIDADE	UF	TELEFONE	
PAI				
MÃE				

DEPENDENTES (PARA O PLANO FAMILIAR)			DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIENTE MENTAL
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO		
		/ /	<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

AGREGADOS (CONFORME O ART. 32 DO REGIMENTO INTERNO)				
		/ /	<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

PESSOA INDICADA PARA RECEBER O AUXÍLIO FUNERAL	RG
/ /	

DECLARO:

- a) Assumir, nos termos das leis vigentes, total responsabilidade sobre as informações prestadas;
- b) comprometer-me a cumprir o estabelecido no Art 7º, V, do Estatuto da AFAM, que estabelece a obrigatoriedade de atualizar os dados cadastrais;
- c) Estar ciente, que a presente atualização será processada dentro de 10 (dez) dias úteis, após a data de protocolo;
- d) Receber os vencimentos conforme abaixo:

Banco _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____
_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura