

# PROPOSTA DE ADMISSÃO



## PLANO FAMILIAR - PENSIONISTA

PARA USO DA AFAM

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, requero minha admissão como associado(a) 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 20\_\_\_\_

Assinatura do(a) Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PENSIONISTA					
NOME			E-MAIL		
MATRICULA	RE DO(A) FALECIDO(A)	DATA DO FALECIMENTO	SEXO DO(A) FALECIDO(A) <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL		
CONTA BANCÁRIA					
BANCO DO BRASIL	AGÊNCIA	CONTA			
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
AV/RUA	Nº	APTO	COMP	BAIRRO	
CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE		
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO END. CORRESPONDÊNCIA FOR O MESMO END. RESIDENCIAL, FAVOR NÃO PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO)					
AV/RUA	Nº	APTO	COMP	BAIRRO	
CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE		
FILIAÇÃO					
MÃE	PAI				
CÔNJUGE OU COMPANHEIRA(O) (PARA FINS CADASTRAIS)	DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
FILHOS (PARA FINS CADASTRAIS)	DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
		DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>No caso de morte deste(a) associado(a), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral, conforme disposto no Art. 13º, II, b), 3 do Regimento Interno.</b>					
NOME			RG		
ACEITE DA DIRETORIA: <b>(NÃO PREENCHER - USO INTERNO)</b> Proposta de Admissão <input type="checkbox"/> aceita <input type="checkbox"/> não aceita pela Diretoria, conforme disposto no Art. 4º, § 2º, do Estatuto e Art. 2º, III do Regimento Interno. _____, _____ de _____ de 20____					
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 097121		NOME DA CONSIGNATÁRIA ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM			
DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)					
MATRICULA	DATA NASCIMENTO	NOME			
NATUREZA DO DESCONTO - CÓDIGO 097121			VALOR TOTAL AUTORIZADO		
<input type="checkbox"/> NORMAL - MENSALIDADE R\$		<input type="checkbox"/> ATRASADO - VARIÁVEL R\$		R\$	
PERÍODO DE AUTORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> DETERMINADO DE ____/____/____ A ____/____/____					
ASSINATURA DO ASSOCIADO			ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA		
DATA	(A)	DATA	(A)		



**ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 591 - CENTRO - CEP: 01029.001 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1500