

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, requeiro 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 20 ____

Assinatura do(a) Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PENSIONISTA

NOME			E-MAIL	
MATRÍCULA	RE DO(A) FALECIDO(A)	DATA DO FALECIMENTO	SEXO DO(A) FALECIDO(A)	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA
<input type="checkbox"/> MASC	<input type="checkbox"/> FEM	<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	DEFICIENTE MENTAL
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
FILHOS (PARA FINS CADASTRAIS)	DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIENTE 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 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.

NOME	RG
------	----

ACEITE DA DIRETORIA: (NÃO PREENCHER - USO INTERNO)

Proposta de Admissão aceita não aceita pela Diretoria, conforme disposto no Art. 4º, § 2º, do Estatuto e Art. 2º, III do Regimento Interno.

_____, ____ 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)

MATRÍCULA	DATA NASCIMENTO	NOME
-----------	-----------------	------

NATUREZA DO DESCONTO - CÓDIGO 097121

<input type="checkbox"/> NORMAL - MENSALIDADE R\$	<input type="checkbox"/> ATRAZADO - VARIÁVEL R\$	VALOR TOTAL AUTORIZADO R\$
---	--	----------------------------

PERÍODO DE AUTORIZAÇÃO PERMANENTE

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