

PROPOSTA DE ADMISSÃO



PLANO FAMILIAR

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, **e ciente da carência de 9(nove) meses de efetiva contribuição para receber benefícios**, 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 20____ Assinatura do(a) Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO(A) POLICIAL MILITAR									
NOME						<input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM		PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
POSTO/GRADUAÇÃO		RE		OPM		DATA DE ADMISSÃO NA PM		GRAU DE INSTRUÇÃO	
RG		CPF			DATA DE NASCIMENTO			ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	
E-MAIL									
<input type="checkbox"/> AUTORIZO e-mail e correspondência <input type="checkbox"/> AUTORIZO somente e-mail <input type="checkbox"/> AUTORIZO somente correspondência									
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)					DATA NASCIMENTO		DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FILHOS					DATA NASCIMENTO		DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		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		<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, I, b), 3, do Regimento Interno.									
NOME						RG			
DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS:		<input type="checkbox"/> CÔNJUGE: CERTIDÃO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> FILHOS (solteiros e menores de 18 anos): CERTIDÃO DE NASCIMENTO				<input type="checkbox"/> COMPANHEIRA(O): DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL - AFAM			
ACEITE DA DIRETORIA (NÃO PREENCHER - USO INTERNO)									
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			
AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIAS EM FOLHA DE PAGAMENTO DA PMESP									
DADOS DA CONSIGNATÁRIA									
CÓD DA CONSIGNATÁRIA 097121			NOME DA CONSIGNATÁRIA ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUA DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM						
DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)									
RE		POSTO/GRADUAÇÃO		NOME					
AUTORIZO IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB OS CÓDIGOS ACIMA RELACIONADOS EM FOLHA DE PAGAMENTO PM									
ASSINATURA DO ASSOCIADO					ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA				
DATA		(A)			DATA		(A)		



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