

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 do 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 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
PORSTO/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 DEFICIENTE MENTAL
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FILHOS		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

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: CÔNJUGE: CERTIDÃO DE CASAMENTO FILHOS (solteiros e menores de 18 anos): CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 COMPANHEIRA(O): DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL - AFAM

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

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 MÚTUO 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 MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO

RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 591 - CENTRO - CEP: 01029.001 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1500