

PROPOSTA DE ADMISSÃO



POLICIAL MILITAR

PARA USO DA AFAM

SOLICITO MINHA ADMISSÃO NO QUADRO DE ASSOCIADOS DA ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM, COMPROMETENDO-ME A CONHECER E CUMPRIR TODAS AS DISPOSIÇÕES LEGAIS (ESTATUTO SOCIAL, REGIMENTO INTERNO E RESOLUÇÕES) QUE SE ENCONTRAM DISPONÍVEIS NO SITE DA ASSOCIAÇÃO (WWW.AFAM.COM.BR)

A Proposta de Admissão de Aluno Soldado 2ª Classe somente gerará a filiação à AFAM, após o recebimento do Registro Estatístico (RE)

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	UNIDADE	DATA DE ADMISSÃO NA PM	GRAU DE INSTRUÇÃO	
RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO (A)
			<input type="checkbox"/> CASADO(A)	<input type="checkbox"/> VIÚVO (A)	
			<input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)	<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	

Endereço

Logradouro:			
Nº:	Complemento:	Bairro:	UF:
Município:	CEP:		

Contato Permite correspondência? Sim Não

Email 1:	Telefone 1: ()
Email 2:	Telefone 2: ()

FILIAÇÃO			
PAI	MÃE		
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
		<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 desta(e) associada(o), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral.

INDICAÇÃO NOME	DATA NASCIMENTO	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 ou RG
	<input type="checkbox"/> COMPANHEIRA(O): DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL	

Banco e conta como é apresentado no holerite (demonstrativo de pagamento):

Banco do Brasil S.A.	Conta salário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

Conta corrente da portabilidade (apenas se a conta acima for salário):

Banco:			
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

Declaro que as informações acima prestadas são legítimas

Assinatura do associado

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIAS EM FOLHA DE PAGAMENTO DA PMESP OU SPPREV			
DADOS DA CONSIGNATÁRIA			
CÓD DA CONSIGNATÁRIA	NOME DA CONSIGNATÁRIA		
097121	ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM		
AUTORIZO IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB O CÓDIGO ACIMA EM FOLHA DE PAGAMENTO PMESP OU SPPREV			
DATA	ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA	DATA	ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A)

Aceite da Diretoria
Proposta de Admissão <input type="checkbox"/> aceita pela Diretoria, conforme disposto no Art. 4º, § único, do Estatuto Social e Art. 2º, I do Regimento Interno. <input type="checkbox"/> não aceita
_____, _____ de _____ de 20____
Diretor / Cargo



ASSOCIAÇÃO FUNDO AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL PIZA, 425 - SANTANA - CEP: 02036-011 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1500