

# SUSPENSÃO DE DESLIGAMENTO



## PLANO:

( ) FAMILIAR ( ) INDIVIDUAL

Para uso exclusivo da  
**AFAM**

**REQUEIRO** a VS<sup>a</sup>, nos termos da Resolução n.º 03/05, de 27/06/2005, o cancelamento do meu desligamento do quadro associativo da **AFAM** e o conseqüente retorno dos descontos de consignatária, em favor desta Associação, sob o código 97121.

## DECLARO:

- 1) Estar em perfeitas condições de saúde, bem como meus dependentes, não tendo nenhum de nós, sofrido algum acidente ou contraído alguma moléstia desde a efetivação do desligamento;
- 2) Estar ciente que a minha reintegração no quadro de associados da **AFAM** se efetivará conforme opção acima, após o reinício dos descontos em favor da **AFAM** e que somente poderei usufruir os benefícios previstos no Regimento Interno cujos eventos motivadores ocorrerem após a efetivação da reintegração;
- 3) Estar ciente dos direitos e deveres dos associados da **AFAM**, dispostos nos artigos 6º e 7º do Estatuto da Associação.

Posto/Grad. _____ OPM _____ RE: _____
Nome: _____

Estabelecimento Bancário em que recebe os vencimentos da PMESP:		
Banco	Agencia	Conta Corrente
_____, _____ de _____ de _____.		
Assinatura: _____		

<b>- No caso de morte deste associado, a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral.</b>	
Nome; _____	
RG: _____	Grau de parentesco; _____

	<b>Associação Fundo de Auxílio Mútuo dos Militares do Estado de São Paulo</b>	<b>AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIAS EM FOLHA DE PAGAMENTO PM</b>
---	---	---

<b>DADOS DA CONSIGNATÁRIA</b>			
CÓD. DA CONSIGNATÁRIA	DC	NOME DA CONSIGNATÁRIA	
0   9   7   1   2   1   0		ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM.	
<b>DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)</b>			
RE	DC	POSTO/GRADUAÇÃO	NOME

AUTORIZO IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB OS CÓDIGOS ACIMA RELACIONADOS EM FOLHA DE PAGAMENTO PM

<b>ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO(A)</b>		<b>ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA</b>	
DATA	(A)	DATA	(A) (A SER PREENCHIDO PELA AFAM)
/ /		/ /	