

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Plano: Familiar Individual



IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO						PARA USO DA AFAM
RE/MATR.	NOME.					
DATA NASC.	DATA ADMISSÃO NA PM	POSTO/GRADUAÇÃO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP. <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP. <input type="checkbox"/> 3º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP.	
OPM	CPF	RG	SEXO <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM			
E-MAIL						

ENDEREÇO RESIDENCIAL					
RUA / AVENIDA	Nº	APTO	COMPLEM.	BAIRRO	
CEP	CIDADE	UF	TELEFONE		
PAI					
MÃE					

DEPENDENTES PARA O PLANO FAMILIAR			DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIENTE MENTAL
NOME	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	<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
			<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
PESSOA INDICADA PARA RECEBER O AUXÍLIO FUNERAL		DATA NASCIMENTO	RG	

DECLARO

- Assumir, nos termos das leis vigentes, total responsabilidades sobre as informações prestadas;
- Comprometer-me a cumprir o estabelecido no Art. 7º, V, do Estatuto da AFAM, que estabelece a obrigatoriedade de atualizar os dados cadastrais;
- Estar ciente que a presente atualização será processada dentro de 10 (dez) dias úteis, após a data de protocolo;
- Receber os vencimentos conforme abaixo:

BANCO DO BRASIL

Agência: _____ Conta corrente: _____ - _____

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura



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