

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	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: ()

DEPENDENTES			
CÔNJUGE OU COMPANHEIRA(O)	DATA NASCIMENTO	CPF	DEFICIENTE FÍSICO OU MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FILHOS	DATA NASCIMENTO	CPF	DEFICIENTE FÍSICO OU 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
OBSERVAÇÃO: ANEXAR OU ENVIAR CÓPIA DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS DEPENDENTES RELACIONADOS.			
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"/> COMPANHEIRA(O): DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> FILHOS (solteiros e menores de 18 anos): CERTIDÃO DE NASCIMENTO ou RG			

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

Banco do Brasil S.A. Conta salário? Sim 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(A) ASSOCIADO(A)

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE CONSIGNATÁRIAS EM FOLHA DE PAGAMENTO DA PMESP OU SPPREV			
DADOS DA CONSIGNATÁRIA			
CÓD DA CONSIGNATÁRIA 097121	NOME DA CONSIGNATÁRIA 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)



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