

PROPOSTA DE ADMISSÃO



PENSIONISTA

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 da(o) Pensionista somente gerará a filiação à AFAM, após o recebimento do número da Matrícula.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PENSIONISTA					
NOME					
MATRÍCULA	RE DO FALECIDO(A)	POSTO/GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SOLTEIRO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> VIÚVO (A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL		

Endereço

Logradouro:			
Nº:	Complemento:	Bairro:	UF:
Município:		CEP:	
Contato		Permite correspondência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
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 deste(a) associado (a), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral.

INDICAÇÃO	NOME	DATA NASCIMENTO	RG

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(A) ASSOCIADO(A)

ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO		AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DE PENSIONISTA	
DADOS DA CONSIGNATÁRIA			
CÓD DA CONSIGNATÁRIA	NOME DA CONSIGNATÁRIA		
097121	ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM		
DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)			
MATRÍCULA	DATA NASCIMENTO	NOME	
ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA		ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO (A)	
DATA	(A)	DATA	



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