

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					
MATRICULA	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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Email 1:		Telefone 1: ()	
Email 2:		Telefone 2: ()	

FILIAÇÃO

MÃE	PAI			
CÔNJUGE OU COMPANHEIRA(O) (PARA FINS CADASTRAIS)		DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DEFICIENTE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FILHOS (PARA FINS CADASTRAIS)		DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	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

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 Associado

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 097121	NOME DA CONSIGNATÁRIA ASSOCIAÇÃO FUNDO DE AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - AFAM		
DADOS DO(A) ASSOCIADO(A)			
MATRICULA	DATA NASCIMENTO	NOME	
ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA		ASSINATURA DO(A) ASSOCIADO (A)	
DATA	(A)	DATA	
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