



## PROPOSTA DE ASSOCIADO

INCLUSÃO DE SÓCIOS       ATUALIZAÇÃO DE DADOS

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA E REABILITAÇÃO DOS POLICIAIS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO - A.A.M.O.R

### DADOS DO ASSOCIADO

Nome Completo				Data de Nascimento / /	
Post/Grad:		RE:			DC
Sexo Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Estado Civil	Naturalidade	RG	Orgão Emissor	CPF
Endereço Residencial			Nº	Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP
Fone Celular	Fone Residencial	E-mail:			
Unidade		Situação <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Reforma		Matricula/Pensionista	
Angariador			Contribuição Associativa R\$ 15,00 (quinze reais) mensais		

I- Os direitos dos Associados são limitados à utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela **A.A.M.O.R.**, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela **A.A.M.O.R.**, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.

II- O Associado pagará sua Contribuição Associativa, discriminado nesta Proposta de Associado, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste, definidos pela Diretoria Executiva.

ASSINATURA DO ASSOCIADO

ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA

DATA

DATA

Rua das Amailis , 781- SALA 2 - Portal dos Ipês- Cajamar SP  
CNPJ 32.903.013/0001-67 – Atividade Principal 94.30-8-00  
Telefone: (11) 97689-7301 | E-mail: associacaoamorpm@gmail.com

Versão Maio 2020

**POLICIA MILITAR**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO  
DE CONSIGNATÁRIAS  
EM FOLHAS DE PAGAMENTO PM**

### DADOS DA CONSIGNATÁRIA

CÓD. DA CONSIGNATÁRIA	DC	NOME DA CONSIGNATÁRIA
		A.A.M.O.R – ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA E REABILITAÇÃO DOS POL. MIL. DO ESTADO DE SÃO PAULO

### DADOS DO ASSOCIADOS

RE	DC	POSTO/GRAD.	NOME:

AUTORIZO IMPLANTAR OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES SOB OS CÓDIGOS ACIMA RELACIONADOS EM FOLHAS DE PAGAMENTO PM

ASSINATURA DO ASSOCIADO

ASSINATURA DA CONSIGNATÁRIA

DATA

DATA