

## REQUERIMENTO PARA FILIAÇÃO DE MILITAR ESTADUAL

Situação Funcional:		Ativa	Reserva/Reformado (a)
------------------------	--	-------	-----------------------

Senhor Presidente da AOPMBM,

O(A) abaixo-assinado e identificado(a), REQUER a V.Sa. sua FILIAÇÃO no Quadro Social da AOPMBM, DECLARANDO na oportunidade cumprir, por si, e fazer cumprir, por seus dependentes e seus convidados, todas as normas fixadas pela Assembleia, Diretoria e Conselhos, dentro dependências da Associação, ou em local sob sua jurisdição.

TURMA:		<b>QUALIFICAÇÃO PESSOAL</b>				CURSO:	
NÚMERO	POSTO/GRAD.	NOME				UNIDADE PM/BM	
EST. CIVIL		NATURALIDADE			UF	DATA NASC.	
CI/UF	CPF	TEL. RESID.	CELULAR	E-Mail			
		( )	( )				
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>							
Rua/Av/Pç			Nº	Compl.	Bairro		
CIDADE				UF	CEP		
<b>PAGAMENTO DA MENSALIDADE:</b>							
<b>Consiguação em Folha de Pagamento (Obrigatório preenchimento/assinatura do Anexo correspondente - Verso)</b>							
É obrigação do associado certificar se o pagamento de suas mensalidades foi debitado de seu soldo. Caso negativo, o associado se compromete a efetuar depósito em conta da AOPMBM, sob pena de multa, além da suspensão dos benefícios.							
<b>VALOR DA MENSALIDADE: R\$ 100,40</b>							

**A AOPMBM quer saber: a sua Filiação é em razão de(para):**

( ) Aquisição de Bens e Serviços. ( ) Demanda Jurídica. ( ) Indicação. ( ) Voluntariedade.  
( ) Outro(s): \_\_\_\_\_

**Nesses termos, peço deferimento.**

CIDADE/UF	DATA	ASSINATURA

\*\*\*\*\*

<b>CADASTRAMENTO ZWK</b>			<b>LANÇAMENTO: ( ) Folha</b>		
DATA	FUNC	ASS	DATA	FUNC	ASS

<b>COMUNICAÇÃO COM O(A) REQUERENTE</b>					
DATA	HORA	VIA	ASSUNTO(*)	ÊXITO	FUNC.
			( ) Filiação DEFERIDA;		
			( ) Filiação INDEFERIDA: _____	( ) Sim	
			_____	( ) Não	
			_____		Assinatura

**NOTA: (\*) Complementar no verso, se necessário.**



# Associação dos Oficiais da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais – AOPMBM

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS		AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO (Consignações Diversas)		
I – IDENTIFICAÇÃO DO(A) INSTITUIDOR(A) DA PENSÃO DO IPSEMG				
01 – NOME: -x-x-x-x-x-x-x-x-x-		02 – Nº PROCESSO: -x-x-x-x-x-		03 – CPF: -x-x-x-
II – IDENTIFICAÇÃO DO (A) CONSIGNADO (A)				
04 – NOME:		05 – MATRÍCULA:	06 – CPF:	
07 – CONSIGNADO(A): ( ) Servidor Ativo/Inativo ( ) Pensionista IPSEMG/IPSM ( ) Bolsista (Lei 15.790/2005 ( ) Pessoal Contratado (Lei 18.185/2009)		08 – CONSIGNANTE: ( ) SEPLAG ( ) IPSEMG ( ) IPSM ( ) CBMMG ( ) PMMG ( ) DPMG		
09 – LOGRADOURO:		10 – Nº/COMPL:	11 – CEP:	
12 – BAIRRO/DISTRITO:	13 – MUNICÍPIO:	14 – UF:	15 – TEL (DDD):	
III – IDENTIFICAÇÃO DO(A) CONSIGNATÁRIO(A)				
16 – SIGLA: <b>AOPMBM</b>	17 – CNPJ: <b>03.575.524/0001-07</b>	18 – CÓD. CRED. SEPLAG: <b>178</b>		
19 – LOGRADOURO: <b>Rua Chopin</b>	20 – Nº/COMPL. <b>211</b>	21 – CEP: <b>30411-115</b>		
22 – BAIRRO/DISTRITO: <b>Prado</b>	23 – MUNICÍPIO: <b>Belo Horizonte</b>	24 – UF: <b>MG</b>	25 – TEL (DDD): <b>(31) 2555-6444</b>	
IV – IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO				
26 – DESCRIÇÃO:	27 – VALOR TOTAL: OU (%)	28 – QTDE. DE PARCELA(S):	29 – VALOR DA PARCELA:	30 – MÊS/ANO INÍCIO DESCONTO:
<b>MENSALIDADE</b>	<b>-X-X-X-X-X-</b>	<b>-X-X-X-X-X-</b>	<b>R\$100,40</b>	<b>___/___/___</b>
31 – Pelo presente, autorizo o Governo do Estado de Minas Gerais/Consignante, a efetuar o(s) desconto(s) acima, em minha Folha de Pagamento, a favor do(a): <b>ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS DA POLÍCIA MILITAR E DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – AOPMBM</b>				
32 – LOCAL: <b>Belo Horizonte/MG</b>		33 – DATA: <b>___/___/2024</b>	34 – ASSINATURA DO (A) CONSIGNADO (A):	
V – RECONHECIMENTO DE FIRMA OU VALIDAÇÃO DOS DADOS PELO SETOR DE RH DO(A) CONSIGNADO(A): 35 – RESPONSÁVEL PELO SETOR DE RH: (Registrar nome, CPF e Assinatura)		VI – ABONO DA ASSINATURA DO(A) CONSIGNADO(A): 36 – RESPONSÁVEL PELO(A) CONSIGNATÁRIO(A): (Registrar nome, CPF e Assinatura)		
37 – LOCAL:	38 DATA:	39 – LOCAL:	40 – DATA:	