

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:		QUALIFICAÇÃO PESSOAL				CURSO:	
NÚMERO	POSTO/GRAD.	NOME				UNIDADE PM/BM	
EST. CIVIL		NATURALIDADE				UF	DATA NASC.
CI/UF	CPF	TEL. RESID.	CELULAR	E-Mail			
		()	()				
ENDEREÇO RESIDENCIAL							
Rua/Av/Pç		Nº	Compl.	Bairro			
CIDADE		UF	CEP				
PAGAMENTO DA MENSALIDADE:							
Consignação em Folha de Pagamento (Obrigatório preenchimento/assinatura do Anexo correspondente - Verso)							
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.							
VALOR DA MENSALIDADE: R\$ 100,40							

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

CADASTRAMENTO ZWK			LANÇAMENTO: () Folha		
DATA	FUNC	ASS	DATA	FUNC	ASS

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

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

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: AOPMBM	17 – CNPJ: 03.575.524/0001-07	18 – CÓD. CRED. SEPLAG: 178	
19 – LOGRADOURO: Rua Chopin	20 – Nº/COMPL: 211	21 – CEP: 30411-115	
22 – BAIRRO/DISTRITO: Prado	23 – MUNICÍPIO: Belo Horizonte	24 – UF: MG	25 – TEL (DDD): (31) 2555-6444
IV – IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO			
26 – DESCRIÇÃO:	27 – VALOR TOTAL: OU (%)	28 – QTDE. DE PARCELA(S):	29 – VALOR DA PARCELA:
30 – MÊS/ANO INÍCIO DESCONTO:			
MENSALIDADE	-X-X-X-X-X-X-	-X-X-X-X-X-X-	R\$100,40 ____/____
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): ASSOCIAÇÃO DOS OFICIAIS DA POLÍCIA MILITAR E DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – AOPMBM			
32 – LOCAL: Belo Horizonte/MG		33 – DATA: ____/____/2026 34 – ASSINATURA DO (A) CONSIGNADO (A):	
V – RECONHECIMENTO DE FIRMA OU VALIDAÇÃO DOS DADOS PELO SETOR DE RH DO(A) CONSIGNADO(A):		VI – ABONO DA ASSINATURA DO(A) CONSIGNADO(A):	
35 – RESPONSÁVEL PELO SETOR DE RH: (Registrar nome, CPF e Assinatura)		36 – RESPONSÁVEL PELO(A) CONSIGNATÁRIO(A): (Registrar nome, CPF e Assinatura)	
37 – LOCAL:	38 DATA:	39 – LOCAL:	40 – DATA: