



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

Solicitação de auxílio	Data da Solicitação		Senha Consig		Número/ano Processo		Documento de Solicitação	
	Matrícula		Nome					
	Endereço Residencial				Bairro		Município	
	Telefone Residencial e Celular		E-mail		Lotação OPM/OBM		Município da OPM/OBM	Telefone da OPM/OBM
	Valor Solicitado		Nº de Parcelas		Titular	Assinatura do Associado		
			Dependente					
	Anexos							
<input type="checkbox"/> Auxílio Saúde		<input type="checkbox"/> Auxílio Odontológico		<input type="checkbox"/> Assistência Judiciária		<input type="checkbox"/> Reembosável p/ Estado		
<input type="checkbox"/> Auxílio Sinistro (AFNI)		<input type="checkbox"/> Auxílio Sinistro (AFI)		<input type="checkbox"/> Assistência Financeira Pessoal				

BANCO	DADOS BANCÁRIOS		
	TITULAR		CPF/CNPJ
BANCO		AGÊNCIA (COM DÍGITO)	CONTA CORRENTE

AVALISTA	COMPROMETO-ME COMO CO-RESPONSÁVEL PELO RESSARCIMENTO DO AUXÍLIO REQUERIDO			
	MATRÍCULA	NOME		
	TELEFONE	LOTAÇÃO OPM/OBM	MUNICÍPIO OPM/OBM	ASSINATURA DO AVALISTA

REP.	CONFERIDO EM		ENCAMINHA-SE A ABEPOM EM	
	ASSINATURA DO REPRESENTANTE ABEPOM			

EXCLUSIVO DA ABEPOM	MARGEM CONSIGNÁVEL	DATA RECEBIMENTO					
	AUXÍLIO CONCEDIDO - DESCRIÇÃO	VALOR DO AUXÍLIO	TAXA	VALOR FINAL	Nº DE PARCELAS	VALOR DA PARCELA	
	PAGAMENTO CHEQUE/DOCTO.	NÚMERO DA CONTA		DOCUMENTAÇÃO	DESTINADO AO:		
			1 - COMPLETA		<input type="checkbox"/> -TITULAR	CÓDIGO	
			2-INCOMPLETA		<input type="checkbox"/> -DEPENDENTE		
DESPACHO DA		Obs:				ASSINATURA DO DIRETOR FINANCEIRO	
- EM ACORDO							
- EM DESACORDO							

DESPACHO DO PRESIDENTE DA DIRETORIA EXECUTIVA	
<input type="checkbox"/> DEFERIMENTO	<input type="checkbox"/> INDEFERIMENTO
Obs: _____	
ASSINATURA _____	