



# ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

Número/ano Processo	Documento de Solicitação
---------------------	--------------------------

S o l i c i t a ç ã o d e a u	Data da Solicitação				
	Matricula	Nome			
	Endereço Residencial		Bairro	Município	
	Telefone Residencial e Celular		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				

B A N C O	DADOS BANCÁRIOS	
	AGÊNCIA	TITULAR
	CONTA	BANCO

A V A L I S T A	COMPROMETO-ME COMO CO-RESPONSÁVEL PELO RESSARCIMENTO DO AUXÍLIO REQUERIDO			
	MATRÍCULA	NOME		
	TELEFONE	LOTAÇÃO OPM/OBM	MUNICÍPIO OPM/OBM	ASSINATURA DO AVALISTA

R E P. A D M.	CONFERIDO EM	ENCAMINHA-SE A ABEPOM EM
	ASSINATURA DO REPRESENTANTE ABEPOM	

E X C L U S I V O D A A	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:	CÓDIGO	
	DESPACHO DA		Obs:	ASSINATURA DO DIRETOR FINANCEIRO		
	- EM ACORDO					
	- EM DESACORDO					

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