



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

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

SOLICITANTE	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 Dependente		
	Anexos		Assinatura do Associado		
	<input type="checkbox"/> Auxílio Saúde		<input type="checkbox"/> Auxílio Odontológico		<input type="checkbox"/> Assistência Judiciária
	<input type="checkbox"/> Auxílio Sinistro (AFNI)		<input type="checkbox"/> Auxílio Sinistro (AFI)		<input type="checkbox"/> Assistência Financeira Pessoal

BANCO	DADOS BANCÁRIOS	
	AGÊNCIA	TITULAR
	CONTA	BANCO

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

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

EXCLUSIVA	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	
			2-INCOMPLETA		<input type="checkbox"/> -DEPENDENTE	
	DESPACHO DA	Obs:	CÓDIGO			
- EM ACORDO		ASSINATURA DO DIRETOR FINANCEIRO				
- EM DESACORDO						

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