



## ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

### REQUERIMENTO DE AUXÍLIO FINANCEIRO INDENIZÁVEL

#### 1. AUXÍLIO

Data da solicitação	Número/Ano do Processo	<input type="checkbox"/> Titular	
		<input type="checkbox"/> Dependente: _____	
<input type="checkbox"/> Assistência Saúde			
<input type="checkbox"/> Assistência Odontológica			
<input type="checkbox"/> Assistência Pós Morte			
<input type="checkbox"/> Assistência Sinistro			
<input type="checkbox"/> Assistência Judiciária			
<input type="checkbox"/> Assistência Financeira Pessoal			
Valor	Nº de parcelas	Taxa/Juros	Valor Final

#### 2. IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

Matrícula	Nome	E-mail
Telefone / Celular	Endereço	

#### 3. PAGAMENTO

Nome: _____	<input type="checkbox"/> Associado	<input type="checkbox"/> Prestador de Serviço
-------------	------------------------------------	---

#### 4. DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> Conta Corrente	<input type="checkbox"/> Conta Poupança	Observação: Não são aceitos dados de Conta Salário	
Banco	Agência	OP	Conta
Titular da conta			CPF/CNPJ

#### 5. RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DESTES DOCUMENTOS A ABEPOM

Nome completo: _____	Assinatura: _____	Matrícula: _____
Telefone p/ contato: _____	Local: _____	

#### 6. PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

_____ _____ _____
-------------------------

#### 7. DESPACHO DO PRESIDENTE DA DIRETORIA EXECUTIVA

<input type="checkbox"/> DEFERIMENTO	<input type="checkbox"/> INDEFERIMENTO	_____ Assinatura
--------------------------------------	--	------------------



## ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

### CONTRATO PARTICULAR DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

**CONTRATO PARTICULAR DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA INDENIZÁVEL**, que entre si fazem a Associação Beneficente dos Militares Estaduais de Santa Catarina, denominada simplesmente **ABEPOM**, organização civil sem fins lucrativos, inscrita no CGC/MF sob nº 73.360.539/001-25, com sede à Rua Allan Kardec n.º 157 nesta Capital, representada neste ato por seu Presidente ou Representante Legal e o Requerente devidamente identificado e qualificado neste requerimento, doravante denominado **ASSOCIADO**, que têm justo e contratado a presente operação de mútuo, através da assistência financeira que se regerá mediante as cláusulas e condições **SEGUINTE**s:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** O ASSOCIADO realizará o pagamento das parcelas mensalmente e sucessivamente, com início a contar no mês subsequente à data da assinatura do presente requerimento, mediante desconto em folha de pagamento, de acordo com o valor solicitado, taxa de juros e número de parcelas deferidas, ficando a ABEPOM, desde já autorizada pelo ASSOCIADO a inserir o desconto no sistema, amparada no Decreto Estadual 080 de 11/03/2011. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Caso não seja possível efetivar a consignação em folha de pagamento, por qualquer motivo, o ASSOCIADO autoriza também que tais descontos sejam debitados em sua conta corrente bancária, acima já informada. **CLÁUSULA TERCEIRA:** No caso de assistência para tratamento médico, odontológico e assistência judiciária realizados fora das dependências da ABEPOM, ou compra de equipamentos e materiais com terceiros, a quantia solicitada será paga diretamente ao prestador do serviço. **CLÁUSULA QUARTA:** No caso de estorno na folha e na conta corrente, a ABEPOM poderá a requerimento do ASSOCIADO parcelar o valor estornado, acrescentando juros de 2% ao mês, sem prejuízo de outras cominações legais, calculadas até a data efetiva da liquidação. **CLÁUSULA QUINTA:** No caso de inadimplência, ao valor será acrescido de multa, juros de mora, correção monetária e outras cominações e independentemente de notificação, interpelação judicial ou extrajudicial, a dívida será considerada vencida desde logo, sendo exigível o pagamento do valor total da assistência financeira ou do saldo devedor a ser apurado no caso de pagamento parcial da dívida, reconhecendo desde já o ASSOCIADO, a sua liquidez e certeza para fins de protesto e Execução Judicial nos termos do artigo 784, I e III do Código de Processo Civil, ou outros meios de cobrança, cujas despesas decorrentes e mais honorários advocatícios, se tal for o caso, serão de responsabilidade do ASSOCIADO. **CLÁUSULA SEXTA:** Os encargos financeiros a serem incluídos no valor principal, decorrentes da presente assistência financeira ou decorrentes do inadimplemento serão definidos e fixados periodicamente pela ABEPOM, em função das oscilações do mercado financeiro. **CLÁUSULA SÉTIMA:** Nos casos de exclusão do quadro associativo, exclusão à bem da disciplina, baixa ou afastamento temporário, o associado fica ciente de que deverá efetuar os pagamentos dos valores devidos diretamente na ABEPOM, sob pena de ingresso de Ação de Cobrança ou Execução. **CLÁUSULA OITAVA:** Este instrumento é celebrado em caráter irrevogável e obriga igualmente a todos os herdeiros e sucessores das partes, que, deverão cumpri-lo na sua integralidade, qualquer que seja a forma de sucessão. **CLÁUSULA NONA:** A mera tolerância de uma das partes em relação ao descumprimento das cláusulas contidas neste instrumento, não importa em renúncia, perdão, novação ou alteração da forma infringida. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Para dirimir dúvidas, fica eleito o Foro da cidade de Florianópolis com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para que nele se exerçam e cumpram todas e quaisquer ações do mesmo resultantes.

E por estarem justos e contratados, firmam o presente, NA PRESENÇA DE DUAS TESTEMUNHAS, ratificando todas as informações prestadas acima, bem como as cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, quer as impressas, quer as datilografadas, ou manuscritas para todos os fins e efeitos de direito.

ASSOCIADO

ABEPOM

**TESTEMUNHA 1:**

(nome, CPF e assinatura)

**TESTEMUNHA 2:**

(nome, CPF e assinatura)

**RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DESTES DOCUMENTOS A ABEPOM**

Nome completo: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Telefone p/ contato: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_