



AO EXMO. SR. PRESIDENTE DA AIPOMESP

Auxílio Funeral Carência: Após pagamento de 3 mensalidades consecutivas. Prescrição: 180 dias a contar da data do óbito.
IMPORTANTE: O Requerente está ciente de que deverá partilhar o auxílio aos filhos menores de 21(vinte e um) anos, neste caso é necessário apresentar a referida Certidão de Nascimento (dos filhos).
 (*)
Auxílio Natalidade Carência: Após pagamento de 3 mensalidades consecutivas. Prescrição: 180 dias a contar da data do nascimento ou da adoção.
 ATANº 003/2007, de 02 de maio de 2007 (Regulamentação dos auxílios funeral e natalidade)

RE ou Matrícula ou CPF nº

NOME

ENDEREÇO

BAIRRO

CIDADE

CEP

FONE

CELULAR

E-MAIL

RE E NOME DO TITULAR

Venho solicitar auxílio:

| | FUNERAL | NATALID | OUTROS |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 01 Cópia da Certidão de Óbito autenticada | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Certidão de Casamento autenticada | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Cópia do RG e CPF da(o) beneficiária(o) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Cópia do RG ou Funcional e CPF do(a) falecido(a) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Cópia do último holerite do associado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 (*) Cópia da Certidão de Nascimento [quando filho(a) até 21 anos de idade] | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Cópia da Certidão de Nascimento autenticada | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 Cópia do RG ou Funcional do PM | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 Autorização para depósito em conta corrente (firma reconhecida) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| () É BENEFICIÁRIA DO FALECIDO. _____ | | | |
| () NÃO É _____ Nome do pesquisador | | | |

EM ____/____/____

PROTOCOLO: _____

Destino: _____

Assinatura

OUTROS (ESPECIFICAR) _____

ATENDIDO POR: _____

São Paulo, ____/____/____.

(ASSINATURA)

01
 Em ____/____/____
 Do Secretário Geral
 Ao Relator do Cons.Fiscal
 1. Conferido.
 PAULO HENRIQUE ALVES
 Secretário Geral

02
 Em ____/____/____
 Do Relator do Cons. Fiscal
 Ao Tesoureiro Geral
 1. Encaminhamento.
 JOSÉ MANUEL PAES
 Relator do Conselho Fiscal

03
 Em ____/____/____
 Do Tesoureiro Geral
 Ao Sr. Presidente
 Encaminhamento.
 ANTONIO C. GONÇALVES DA SILVA
 Tesoureiro Geral

Área de uso exclusivo da SEDE CENTRAL - AIPOMESP
RECIBO

Eu, _____, recebi a importância de R\$ _____, cheque nº _____, referente ao pagamento do AUXÍLIO _____ em nome de _____, Conforme Certidão de _____ emitida pelo Cartório _____, deliberado pela Diretoria Executiva e Conselho Fiscal em reunião conjunta, dando desta forma, total Quitação a este recibo.

Nome: _____
 RG: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

04
 Em ____/____/____
 Do Presidente da AIPOMESP
 Ao Tesoureiro Geral
 defiro.
 indefiro.
 GESOFATO VERNIN
 Presidente da AIPOMESP