



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.
ATA Nº 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
Cópia da Certidão de Óbito autenticada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certidão de Casamento atualizada e autenticada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cópia do RG e CPF da(o) beneficiária(o)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cópia do RG ou Funcional e CPF do(a) falecido(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cópia do último holerite do associado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(*) Cópia da Certidão de Nascimento [quando filho(a) até 21 anos de idade]	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cópia da Certidão de Nascimento autenticada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cópia do RG ou Funcional do PM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorização para depósito em conta corrente (firma reconhecida)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EM ____/____/____

PROTOCOLO: _____

Destino: _____

Assinatura

OUTROS (ESPECIFICAR) _____

ATENDIDO POR: _____

São Paulo, ____/____/____.

(ASSINATURA)

Área de uso exclusivo da SEDE CENTRAL - AIPOMESP

Em ____/____/____
Do Secretário Geral
Ao Sr. Tesoureiro Geral
1. Conferido.

PAULO HENRIQUE ALVES
Secretário Geral

Em ____/____/____
Do Presidente da AIPOMESP
A Assessoria Jurídica

Solicito Parecer.

GESOFATO VERNIN
Presidente da AIPOMESP

Em ____/____/____
Do Tesoureiro Geral
Ao Sr. Presidente

Encaminhamento.

JOSÉ CARLOS CODOGNO
Tesoureiro Geral

Em ____/____/____
Do Presidente da AIPOMESP
Ao Tesoureiro Geral

 defiro.
 indefiro.

GESOFATO VERNIN
Presidente da 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.

Assinatura: _____
Nome: _____
RG: _____