



ASSOCIAÇÃO DA VILA MILITAR

Rua Santo Antônio, 100 – fone: (41) 3075-8200

“Edifício Presidente Coronel PM SÁ RIBAS”

CEP: 80230-120 – Curitiba - Paraná

e-mail: cadastro@avmpmpr.org.br - WhatsApp: 41 99232-7197

Representante - OPM/OBM

CONSIGNANTE – MILITAR

() ATIVA () RESERVA

Nome: _____

Posto/Graduação _____ RG: _____ CPF: _____

Data de Inclusão: ___ / ___ / _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Telefone Celular: (____) _____ Telefone Residencial:(____) _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____

OPM/BM: _____

E-mail: _____

Gênero: (____) Masculino (____) Feminino

Autorizo à AVM enviar informações através de meio físico, digital ou voz (telefone) de notícias e informações das atividades, convênios e demais serviços que envolvam a AVM, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados.

Assinatura

DADOS DOS DEPENDENTES

1.Nome completo: _____

Sexo: _____ Data Nasc: ___ / ___ / _____ Idade: _____ Relação de Dependência: _____

2.Nome completo: _____

Sexo: _____ Data Nasc: ___ / ___ / _____ Idade: _____ Relação de Dependência: _____

3.Nome completo: _____

Sexo: _____ Data Nasc: ___ / ___ / _____ Idade: _____ Relação de Dependência: _____

4.Nome completo: _____

Sexo: _____ Data Nasc: ___ / ___ / _____ Idade: _____ Relação de Dependência: _____

5.Nome completo: _____

Sexo: _____ Data Nasc: ___ / ___ / _____ Idade: _____ Relação de Dependência: _____

- Anexar cópia da: Certidão de Casamento para Cônjuge com documentos RG, CPF ou CNH.
- Anexar cópia da: certidão de nascimento ou RG dos filhos
- Se companheiro(a), anexar contrato de união estável reconhecido pelo Paraná Previdência.
- Anexar a cópia da funcional.

FORMA DE PAGAMENTO

() PRCONSIG

*Cód. Desconto: 6126
* Mensalidade *

Solicito a emissão de Certidão de Reserva de Margem Consignável para fins de implantação de desconto em folha de pagamento – Código 6126 – MENSALIDADE, cuja contribuição atual é de R\$ _____. (Senha do PRConsig _____)

Autorizo implantar o desconto referente mensalidade de associado(a) - AVM, nas condições acima assinaladas, a partir do mês de _____ de 20____, condicionando esta autorização à existência de margem consignável.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do Consignante

Ciente das informações fornecidas neste formulário, solicito a inclusão no quadro associativo da AVM.

Conforme Artigo 56, Inciso VI do Estatuto da AVM, estou ciente da exclusão quando deixar de pagar a mensalidade por três meses consecutivos ou não.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura