



# AO EXMO. SR. PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO CAMPEC POR FALECIMENTO

ESPAÇO RESERVADO PARA PROTOCOLO

<b>Auxílio Funeral</b>	Carência: Após pagamento de 3 mensalidades consecutivas. Prescrição: 180 dias a contar da data do óbito.
<b>Auxílio Natalidade</b>	Carência: Após pagamento de 12 mensalidades consecutivas. Prescrição: 180 dias a contar da data do nascimento ou da adoção.
<b>Auxílio Solidariedade</b>	Carência: Após o pagamento de 6 mensalidades consecutivas.
<b>Auxílio Sinistro</b>	Carência: Após pagamento de 24 mensalidades consecutivas. Prescrição: 180 dias a contar da data do sinistro.

ATA Nº 002/2005, de 16 de agosto de 2005 (Regulamentação dos auxílios e benefícios)  
ATA de 09 de abril de 2007 (Alterações de benefícios).

RE ou Matrícula ou CPF nº \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

FONE \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**Venho solicitar auxílio:**

	FUNERAL	NATALIDADE	SINISTRO	SOLIDARIEDADE*	CESTA BÁSICA	OUTROS
Cópia do holerite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certidão de Nascimento ou Adoção		<input type="checkbox"/>				
Certidão de Óbito	<input type="checkbox"/>					
Certidão de Casamento Atualizada	<input type="checkbox"/>					
RG(cópia)	<input type="checkbox"/>					
Comprovante de Matrícula						
Declaração da Universidade						
RG do aluno (cópia)						
Boletim Ocorrência ou Doc. Defesa Civil			<input type="checkbox"/>			
Outros						

\* AUXÍLIO SOLIDARIEDADE (MOTIVO DO PEDIDO)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autorizando o depósito em minha conta corrente:**

BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ATENDENTE: \_\_\_\_\_

(ASSINATURA)

**PARA USO EXCLUSIVO DA CAMPEC**

1. DATA ADESÃO \_\_\_\_\_

2. BENEFÍCIOS RECEBIDOS: \_\_\_\_\_ DATA RECEBIMENTO \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____

3. CUMPRE PRAZO PRESCRICIONAL?  NÃO  SIM

4. POSSUI DÉBITOS DE MENSALIDADE?  NÃO  SIM- QUANTO R\$ \_\_\_\_\_.

5. POSSUI DÉBITOS DE FARMÁCIA?  NÃO  SIM- QUANTO R\$ \_\_\_\_\_.

Do Diretor Tesoureiro  
Ao Diretor Presidente

1. Conferido.  
2. Pelo:  
 deferimento.  
 indeferimento.

\_\_\_\_\_  
WALDIR GOMES DE FARIA  
Diretor Tesoureiro

**CONTROLE INTERNO**

DATA	ASSUNTO	RUBRICA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Do Diretor Presidente  
Ao Diretor Tesoureiro

- defiro.  
 indefiro.

\_\_\_\_\_  
GILBERTO ANTONIO VILLAS BÔAS  
Diretor Presidente