

AUXÍLIO ACIDENTE PESSOAL
(INCAPACIDADE FÍSICA DEFINITIVA)

PLANO FAMILIAR



Para uso exclusivo da
AFAM

Ilmo Sr Supervisor do Departamento de Benefícios da *AFAM*.

Eu, _____,
Posto/Grad.: _____ RE: _____ OPM: _____,
natural de: _____, Estado de: _____,
residente à _____ nº: _____, Ap.: _____,
Bairro: _____, Cidade de _____, Estado _____,
CEP: _____ - _____, Tel res. () _____, Tel contato () _____,

REQUEIRO a V.S^a. a concessão do benefício “**Auxílio Acidente Pessoal - Incapacidade Física Definitiva**”, nos termos do Art. 14, I, c),2) do Regimento Interno da *AFAM*, em razão do acidente ocorrido em ___/___/_____, que ocasionou a reforma do serviço ativo publicada no Diário Oficial nº _____, de ___/___/_____, comprometendo-me a juntar toda documentação necessária, solicitada pela *AFAM*, para a devida instrução do processo administrativo.

Outrossim, declaro estar ciente que, deferido o benefício, o pagamento será realizado com cheque nominal, na Tesouraria da *AFAM*, a qual agendará a sua entrega por meio de telegrama constando a data e o horário.

Nestes termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade)

REQUERENTE: _____
(assinatura com firma reconhecida)

“AFAM - A Associação da família policial militar”