

## MUDANÇA DE PLANO



- ( ) FAMILIAR PARA INDIVIDUAL - ( Artigo 3º§ 5º do Regimento Interno )  
( ) INDIVIDUAL PARA FAMILIAR - ( Artigo 3º§ 6º do Regimento Interno )

**REQUEIRO**, nos termos do Regimento Interno, a minha mudança de Plano de Associado, conforme discriminação acima.

**DECLARO:**

- a) Estar ciente e de acordo com os demais dispositivos contidos no estatuto e no Regimento Interno da **AFAM**;  
b) Estar ciente que, quando se tratar de associado(a) pertencente ao Plano Familiar, a pessoa indicada para receber o Auxílio Funeral somente fará jus em caso de inexistência de dependentes habilitados;  
c) Receber os vencimentos da PMESP conforme abaixo:

Banco	Agencia	Conta Corrente
-------	---------	----------------

*- No caso de morte deste associado, a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral.*

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO					
PAI	MÃE				
	NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	DEF. FÍSICO	DEF. MENTAL
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Outros Dependentes além do previsto, para a aplicação do art 7º, § do Regimento Interno					
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

No caso de morte deste associado, a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral, conforme disposto no Art.14,IIb) do Regimento Interno

NOME: \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO / /

Posto/Grad. \_\_\_\_\_ OPM \_\_\_\_\_ RE: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Aceite da Diretoria**  
**Proposta de Mudança de Plano ( ) aceita ( ) não aceita pela Diretoria.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Diretor/Cargo