

# REQUERIMENTO PARA PAGAMENTO DE RECIBOS



- ( ) AMPARO EDUCAÇÃO AO EXCEPCIONAL  
( ) AMPARO SAÚDE

Para uso exclusivo da  
AFAM

Ao Sr Supervisor do Departamento de Assistência da **AFAM**

Solicito a V.S<sup>a</sup> providências no sentido de que me seja concedido o benefício especificado:

Posto/Grad _____ OPM _____ RE/MATR : _____
Associado _____
Dependente: _____

Estabelecimento bancário em que recebe os vencimentos da PMESP:

BANCO: ( ) BANESPA ( ) NOSSA CAIXA

Agência: \_\_\_\_\_ Conta corrente: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

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

## RESERVADO A AFAM

Mês de referência: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Processo de Origem n° \_\_\_\_\_

[ ] AMPARO para Educação ao Excepcional:

ESCOLA [ ( ) Mensalidade ( ) Matrícula ]  FISIOTERAPIA/HIDROTERAPIA

FONOAUDIOLOGIA  TERAPIA OCUPACIONAL  PSICOTERAPIA

OUTRO \_\_\_\_\_

BASE DE CÁLCULO	VALOR PREVISTO	VALOR DO RECIBO	VALOR AUTORIZADO
R\$	R\$	R\$	R\$

[ ] AMPARO à Saúde Mensal:

FISIOTERAPIA/HIDROTERAPIA  FONOAUDIOLOGIA  PSICOTERAPIA

BASE DE CÁLCULO	VALOR PREVISTO	VALOR DO RECIBO	VALOR AUTORIZADO
R\$	R\$	R\$	R\$