

REQUERIMENTO PARA PAGAMENTO DE RECIBOS



PARA USO
DA AFAM

() AMPARO EDUCAÇÃO AO EXCEPCIONAL

() AMPARO SAÚDE

Ao Departamento de Assistência e Benefícios de AFAM:

Solicito providências para a concessão do benefício abaixo especificado:

Posto/Grad. _____ Unidade: _____ RE/Matr. _____

Associado _____ DATA NASC. ____/____/____

CPF _____ Dependente _____

Endereço

Logradouro:			
Nº:	Complemento:	Bairro:	UF:
Município:		CEP:	

Contato

Permite correspondência? ☐ Sim ☐ Não

Email 1:	Telefone 1: ()
Email 2:	Telefone 2: ()

Banco e conta como é apresentado no holerite (demonstrativo de pagamento):

Banco do Brasil S.A.	Conta salário?	☐ Sim ☐ Não
Agência:	Dígito:	Conta Corrente: Dígito:

Conta corrente da portabilidade (apenas se a conta acima for salário):

Banco:
Agência: Dígito: Conta Corrente: Dígito:

Declaro que as informações acima prestadas são legítimas.

_____, ____ de ____ de ____

Assinatura do Associado

Reservado à AFAM

Mês de referência ____/____/____

Processo de Origem nº _____

() AMPARO para Educacional ao Excepcional

☐ Escola [() Mensalidade () Matrícula] ☐ Fisioterapia / Hidroterapia
☐ Fonoaudiologia ☐ Terapia Ocupacional ☐ Psicoterapia ☐ Outros

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

() AMPARO saúde mensal:

☐ Fisioterapia / Hidroterapia ☐ Fonoaudiologia ☐ Psicoterapia

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

