

# MUDANÇA DE PLANO



INDIVIDUAL PARA ÚNICO - (nos termos do Estatuto Social)

PARA USO  
DA AFAM

REQUEIRO, nos termos do Estatuto Social, a minha mudança de Plano de Associado, conforme discriminação acima.

DECLARO:

Estar ciente e de acordo com os demais dispositivos contidos no Estatuto Social e no Regimento Interno da AFAM.

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

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

RG: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

## FILIAÇÃO

FILIAÇÃO				
PAI				
MÃE				
NOME	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIENTE 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
			<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

Posto/Grad.: \_\_\_\_\_ Unidade \_\_\_\_\_ RE \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

## 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado

Aceite da Diretoria

Proposta de Mudança de Plano ( ) Aceita ( ) Não aceita pela diretoria

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

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



**ASSOCIAÇÃO FUNDO AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

RUA DR. GABRIEL PIZA, 425 - SANTANA - CEP: 02036-011 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1500