

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: _____

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.

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\$
-----	-----	-----	-----



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

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