

EMPRÉSTIMO SUBSIDIADO



PARA USO DA AFAM

Ao departamento de Assistência e Benefícios da AFAM

ANEXOS:

- 1) Cópia do último demonstrativo de pagamento;
- 2) Relatório socioeconômico, comprovando a necessidade do empréstimo (documento manuscrito e assinado pelo associado, devendo ter comprovantes que justificam o empréstimo solicitado).

1. Nos termos da Resolução nº AFAM-0004-100/17, venho solicitar providências desse departamento, para a concessão do benefício "**Empréstimo Subsidiado**", no valor de R\$ _____, ____ (_____), para pagamento em 12 (doze) parcelas;

2. Para tal, declaro ter conhecimento e concordância, conforme item 5. da Resolução citada, que perderei totalmente o direito aos benefícios que serão subsidiados pela AFAM (devolução dos juros e da última parcela do empréstimo especial), caso ocorra minha solicitação de desligamento do quadro associativo antes da quitação do referido empréstimo ou caso me torne inadimplente em relação à AFAM ou entidades vinculadas.

| Associado | | | |
|-------------|--------------------|----------------|--|
| Posto/Grad. | RE: | Pens. Matr. nº | |
| Nome | DATA DE NASC. | | |
| RG | CPF | UNIDADE | |
| Endereço | | | |
| Logradouro: | | | |
| Nº: | Complemento: | Bairro: | UF: |
| Município: | CEP: | | |
| Contato | | | |
| | | | Permite correspondência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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: |

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura



ASSOCIAÇÃO FUNDO DE 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