

AUXÍLIO ACIDENTE PESSOAL

(INCAPACIDADE FÍSICA DEFINITIVA)



PLANO FAMILIAR

PARA USO
DA AFAM

Ao Departamento de Assistência e Benefícios da AFAM:

Eu, _____,

Posto/Grad.: _____ RE: _____ OPM: _____,

Natural de _____, Estado de _____,

Residente à _____, nº _____, Apto. _____,

Bairro _____, Cidade de _____, Estado _____,

CEP _____ - _____, Tel Res () _____, Tel Contato () _____,

E-mail _____,

REQUEIRO a concessão do benefício “Auxílio Acidente Pessoal - Incapacidade Física Definitiva” nos termos do Art. 13, I, c), 2), do Regimento Interno da AFAM, em razão do acidente ocorrido em _____ / _____ / _____, que ocasionou a reforma do serviço ativo, publicada no Diário Oficial do Estado nº _____, de _____ / _____ / _____, comprometendo-me a juntar toda a documentação necessária, solicitada pela AFAM para a devida instrução do processo administrativo.

Outrossim, declaro estar ciente que, deferido o benefício, o pagamento será realizado com cheque nominal, na Tesouraria da AFAM, a qual agendará a sua entrega.

Nestes termos, peço deferimento.

_____, ____ de _____ de _____

Requerente: _____

(Assinatura com firma reconhecida)



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

RUA FLORÊNCIO DE ABREU, 591 - CENTRO - CEP: 01029.001 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1500