

AUXÍLIO ACIDENTE PESSOAL (MORTE)



PLANO FAMILIAR

PARA USO
DA AFAM

Ao Departamento de Assistência e Benefícios da AFAM:

Eu, _____,
RG nº _____, Grau de Parentesco, _____,
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 - Morte**" nos termos do Art. 13, I, c), 3), do Regimento Interno da AFAM, pelo falecimento em ____/____/____, do(a) associado(a) abaixo qualificado, comprometendo-me a juntar toda a documentação necessária, solicitada pela AFAM, para a devida instrução do processo administrativo.

Posto/Grad. _____ OPM _____ RE/MATR. _____
Nome _____

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