

AUXÍLIO FUNERAL

(MORTE DO ASSOCIADO)



PLANO FAMILIAR
PESSOA PREVIAMENTE INDICADA

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 Funeral**" nos termos do Art. 13, I, b), 3, do Regimento Interno da AFAM, pelo falecimento em ____/____/____, do(a) associado(a) abaixo qualificado:

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

Solicito que o referido benefício seja depositado conforme abaixo:

() BANCO DO BRASIL () OUTRO: _____

Agência: _____ Conta corrente: _____ - _____

Nestes termos, peço deferimento.

_____, ____ de _____ de _____

Requerente: _____
Assinatura



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