

AUXÍLIO FUNERAL

(MORTE DO ASSOCIADO)



PLANO INDIVIDUAL
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, II, b) 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 DR. GABRIEL PIZA, 425 - SANTANA - CEP: 02036-011 - SÃO PAULO - TEL.: 11 3328.1500