

# MUDANÇA DE PLANO



- () FAMILIAR PARA INDIVIDUAL - (Art 3º § 5º do Regimento Interno)  
() INDIVIDUAL PARA FAMILIAR - (Art 3º § 6º do Regimento Interno)

PARA USO  
DA AFAM

REQUEIRO, nos termos do Regimento Interno, a minha mudança de Plano de Associado, conforme discriminação acima.

DECLARO:

- a) Estar ciente e de acordo com os demais dispositivos contidos no Estatuto Social e no Regimento Interno da AFAM;
- b) Estar ciente que, quando se tratar de associado(a) pertencente ao Plano Familiar, a pessoa indicada para receber a Auxílio Funeral, somente fará jus em caso de inexistência de dependentes habilitados;
- c) Receber os vencimentos da PMESP conforme abaixo:

BANCO DO BRASIL	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE
-----------------	---------	----------------

No caso de morte deste associado, a pessoa abaixo é indicada para receber o Auxílio Funeral:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

## FILIAÇÃO

PAI

MÃE

NOME	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIENTE MENTAL
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Posto/Grad.: \_\_\_\_\_ OPM: \_\_\_\_\_ RE \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Assinatura

Aceite da Diretoria

Proposta de Mudança de Plano

() Aceita

() Não aceita pela diretoria

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Diretor / Cargo



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