

REQUERIMENTO PARA PAGAMENTO DE RECIBOS



- () AMPARO EDUCAÇÃO AO EXCEPCIONAL
() AMPARO SAÚDE

PARA USO
DA AFAM

Ao Departamento de Assistência e Benefícios da AFAM:

Solicito providências no sentido de que me seja concedido o benefício especificado:

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

Associado _____

Dependente _____

E-mail: _____

Estabelecimento bancário em que recebe os vencimentos da PMESP ou SPPREV:

BANCO DO BRASIL

Agência: _____ Conta corrente: _____ - _____

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura

Reservado à AFAM

Mês de Referência: ____/____/____

Processo de Origem nº: _____

() AMPARO para Educacional ao Excepcional:

☐ Escola [() Mensalidade () Matrícula]

☐ Fisioterapia / Hidroterapia

☐ Fonoaudiologia

☐ Terapia Ocupacional

☐ Psicoterapia

☐ Outro _____

BASE DE CÁLCULO	VALOR PREVISTO	VALOR DO RECIBO	VALOR AUTORIZADO
R\$	R\$	R\$	R\$

() AMPARO à Saúde Mensal:

☐ Fisioterapia / Hidroterapia

☐ Fonoaudiologia

☐ Psicoterapia

BASE DE CÁLCULO	VALOR PREVISTO	VALOR DO RECIBO	VALOR AUTORIZADO
R\$	R\$	R\$	R\$



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