

# AUXÍLIO FUNERAL

## MORTE DO ASSOCIADO

### PLANOS:

 ÚNICO INDIVIDUAL

Categoria: (A)   DEPENDENTE  
(B)   PESSOA PREVIAMENTE INDICADA  
(C)   RESPONSÁVEL PELAS DESPESAS FUNERÁRIAS

PARA USO DA  
AFAM

Ao Departamento de Assistência e Benefícios da AFAM:

Eu, \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_  
Natural de \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_  
Residente à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ Tel Res ( ) \_\_\_\_\_ Tel Cel ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Requeiro a concessão do benefício "Auxílio Funeral" nos termos do Regimento Interno da AFAM, pelo falecimento em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, do(a) associado(a) abaixo qualificado(a):

Posto / Grad. \_\_\_\_\_ OPM \_\_\_\_\_ RE / MATR \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Solicito que o referido benefício seja depositado conforme abaixo:

( ) BANCO DO BRASIL ( ) OUTRO \_\_\_\_\_

Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente \_\_\_\_\_

DECLARO, nos termos do mesmo Regimento Interno, que  
( declaração somente para cônjuge ou companheiro(a) ):

( ) DESEJO continuar filiada(o) à AFAM

( ) NÃO DESEJO continuar filiada(o) à AFAM

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