

# REQUERIMENTO PARA PAGAMENTO DE RECIBOS



PARA USO DA AFAM

( ) AMPARO EDUCAÇÃO AO EXCEPCIONAL

( ) AMPARO SAÚDE

Ao Departamento de Assistência e Benefícios de AFAM:

Solicito providências para a concessão do benefício abaixo especificado:

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

Associado \_\_\_\_\_ DATA NASC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Dependente \_\_\_\_\_

## Endereço

Logradouro:			
N°:	Complemento:	Bairro:	UF:
Município:		CEP:	

Contato  Permite correspondência?  Sim  Não

Email 1:	Telefone 1: ( )
Email 2:	Telefone 2: ( )

Banco e conta como é apresentado no holerite (demonstrativo de pagamento):

Banco do Brasil S.A.	Conta salário?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

Conta corrente da portabilidade (apenas se a conta acima for salário):

Banco:			
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

Declaro que as informações acima prestadas são legítimas.

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

Assinatura do Associado

Reservado à AFAM

Mês de referência \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Processo de Origem n° \_\_\_\_\_

( ) AMPARO para Educacional ao Excepcional  
 Escola [( ) Mensalidade ( ) Matrícula]  
 Fonoaudiologia  Terapia Ocupacional  Psicoterapia  Fisioterapia / Hidroterapia

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

( ) AMPARO saúde mensal:

Fisioterapia / Hidroterapia  Fonoaudiologia  Psicoterapia  Psicopedagogia  Avaliação Neuropsicológica

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

