



## REQUERIMENTO DE RECADASTRAMENTO

### QUALIFICAÇÃO:

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Fone Residencial.: \_\_\_\_\_ Celular.: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_

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

### REQUERIMENTO:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer a **Inclusão ou Exclusão dos dependentes abaixo identificados:**

### DEPENDENTES:

Nome	Grau Parentesco	Data nascimento	Inc.	Exc.

### REQUERIMENTO:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer sua admissão ao quadro social e ou efetuar o recadastramento junto ao cadastro de associados desta ABEPOM, com base nos termos do artigo 5º do Estatuto Social vigente cujo teor tem amplo conhecimento, autorizando desde já, que a sua contribuição mensal bem como, quaisquer outros encargos devidos, decorrentes da prestação de serviços ou fruição dos benefícios, sejam descontados mediante consignação em sua folha de pagamento. Caso a consignação em folha de pagamento não possa, por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretratável, que também, tais descontos (Contribuição Mensal e ou Prestações Financeiras decorrentes da utilização dos serviços ou a fruição dos benefícios previstos no seu Regulamento do Plano de BENEFÍCIOS e SERVIÇOS, cujo teor também conhece) sejam debitados em sua conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_