



Associação Beneficente dos Militares Estaduais
Formulário para
EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Qualificação do Associado Titular: Matrícula:

Nome:

Telefones: () _____ () _____ () _____
Residencial Celular Comercial

E-mail.:

Qualificação do Dependente:

Nome:

Sexo.: Masc. () Fem. () CPF:

Data de Nasc.: ___/___/___ Tipo de Dependência:

Requerimento.:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a **EXCLUSÃO** de seu **DEPENDENTE** junto ao cadastro de associados da ABEPOM, com base nos termos do artigo 8º do Estatuto Social. Estou ciente que só poderei incluir o mesmo dependente novamente após o prazo de 2 (dois) anos desta data. Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Para uso da ABEPOM.: Deferido Indeferido

Motivo.: _____

Data.: ___/___/___ Funcionário.: _____



Associação Beneficente dos Militares Estaduais
Formulário para
EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Qualificação do Associado Titular: Matrícula:

Nome:

Telefones: () _____ () _____ () _____
Residencial Celular Comercial

E-mail.:

Qualificação do Dependente:

Nome:

Sexo.: Masc.() Fem. () CPF:

Data de Nasc.: ___/___/___ Tipo de Dependência:

Requerimento.:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a **EXCLUSÃO** de seu **DEPENDENTE** junto ao cadastro de associados da ABEPOM, com base nos termos do artigo 8º do Estatuto Social. Estou ciente que só poderei incluir o mesmo dependente novamente após o prazo de 2 (dois) anos desta data. Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Para uso da ABEPOM.: Deferido Indeferido

Motivo.: _____

Data.: ___/___/___ Funcionário.: _____