



Associação Beneficente dos Militares Estaduais

Formulário para INCLUSÃO DE DEPENDENTE COM TAXA

Qualificação do Associado Titular:	Matrícula.:
Nome.:	
Telefones.: () _____ () _____ () _____ Residencial Celular Comercial	
E-mail.:	

Qualificação do Dependente.:	CPF.:
Nome.:	
Sexo.: Masc. () Feminino ()	Data Nascimento ____/____/____
Tipo de Dependência.:	

Documentos Necessários.:
Certidão de Nascimento ou Identidade.

REQUERIMENTO.:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a **INCLUSÃO** de seu **DEPENDENTE ESPECIAL** junto ao cadastro de associado da ABEPOM, com base nos termos do Artigo 8º §§ 1º, 2º, 3º e 4º do Estatuto Social. Declaro que tenho ciência dos direitos constado no Plano de Benefício, bem como autorizo o desconto do valor da mensalidade prevista. Nestes termos, pede deferimento.

Local.: _____ Data.: ____/____/____

Assinatura.: _____

Para uso da ABEPOM.: Deferido Indeferido

Motivo.: _____

Data.: ____/____/____ Funcionário.: _____



Associação Beneficente dos Militares Estaduais

Formulário para INCLUSÃO DE DEPENDENTE COM TAXA

Qualificação do Associado Titular.:	Matrícula.:
Nome.:	
Telefones.: () _____ () _____ () _____ Residencial Celular Comercial	
E-mail.:	

Qualificação do Dependente.:	CPF.:
Nome.:	
Sexo.: Masc. () Feminino ()	Data Nascimento ____/____/____
Tipo de Dependência.:	

Documentos Necessários.:
Certidão de Nascimento ou Identidade.

REQUERIMENTO.:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a **INCLUSÃO** de seu **DEPENDENTE ESPECIAL** junto ao cadastro de associado da ABEPOM, com base nos termos do Artigo 8º §§ 1º, 2º, 3º e 4º do Estatuto Social. Declaro que tenho ciência dos direitos constado no Plano de Benefício, bem como autorizo o desconto do valor da mensalidade prevista. Nestes termos, pede deferimento.

Local.: _____ Data.: ____/____/____

Assinatura.: _____

Para uso da ABEPOM.: Deferido Indeferido

Motivo.: _____

Data.: ____/____/____ Funcionário.: _____