



INCLUSÃO DE DEPENDENTE MAIOR DE 21 ANOS

INCLUSÃO DE DEPENDENTE MAIOR DE 21 ANOS

Qualificação: _____ Matricula: _____ - _____
Nome: _____
Telefones: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
E-mail: _____

Qualificação: _____ Matricula: _____ - _____
Nome: _____
Telefones: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
E-mail: _____

Dados do Dependente:

Nome: _____
Sexo: _____ Data Nascimento: ____/____/____
CPF: _____

Dados do Dependente:

Nome: _____
Sexo: _____ Data Nascimento: ____/____/____
CPF: _____

Tipo de Dependência:

- Filho/Filha Enteadado/Enteada
(documentos necessários: Certidão de Nascimento);
- Pai/Mãe Sogro/Sogra
(documento necessário: Comprovação em que a renda familiar não ultrapasse 2 salários mínimos);
- Filho/Filha/Enteadado/Enteada Universitário
(documento necessário: Comprovante de matrícula e Atestado de frequência de cada semestre)
(o dependente fica isento da taxa até completar 24 (vinte e quatro) anos).

Tipo de Dependência:

- Filho/Filha Enteadado/Enteada
(documentos necessários: Certidão de Nascimento);
- Pai/Mãe Sogro/Sogra
(documento necessário: Comprovação em que a renda familiar não ultrapasse 2 salários mínimos);
- Filho/Filha/Enteadado/Enteada Universitário
(documento necessário: Comprovante de matrícula e Atestado de frequência de cada semestre)
(o dependente fica isento da taxa até completar 24 (vinte e quatro) anos).

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a **inclusão** de seu dependente junto ao cadastro de associados da ABEPOM, com base nos termos do artigo 8º §§ 1º, 2º, 3º e 4º do Estatuto Social. Declaro que tenho ciência dos direitos constados no Plano de Benefício, bem como autorizo o desconto do valor da mensalidade do soldado de primeira classe.

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a **inclusão** de seu dependente junto ao cadastro de associados da ABEPOM, com base nos termos do artigo 8º §§ 1º, 2º, 3º e 4º do Estatuto Social. Declaro que tenho ciência dos direitos constados no Plano de Benefício, bem como autorizo o desconto do valor da mensalidade do soldado de primeira classe.

Nestes termos, pede deferimento.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____
Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Local: _____
Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Para Uso da ABEPOM:

Motivo: Deferido Indeferido

Para Uso da ABEPOM:

Motivo: Deferido Indeferido

Data: ____/____/____ Funcionário: _____

Data: ____/____/____ Funcionário: _____