



## EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

### Qualificação:

Matricula: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Dados do Dependente:

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Dependência: \_\_\_\_\_

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 §5º do Estatuto Social.

Nestes termos, pede deferimento.

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

### Para Uso da ABEPOM:

Motivo: Deferido  Indeferido   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Funcionário: \_\_\_\_\_



## EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

### Qualificação:

Matricula: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Dados do Dependente:

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Dependência: \_\_\_\_\_

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 §5º do Estatuto Social.

Nestes termos, pede deferimento.

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

### Para Uso da ABEPOM:

Motivo: Deferido  Indeferido   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Funcionário: \_\_\_\_\_