



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

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: _____



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

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: _____