



INCLUSÃO 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: _____

Obs.: **Necessária apresentação de documentos comprovando a dependência.**

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 §5º do Estatuto Social. Declaro que tenho ciência dos direitos constados no Plano e Benefício.

Nestes termos, pede deferimento.

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

Para Uso da ABEPOM:

Motivo: Deferido Indeferido

Data: ____/____/____ Funcionário: _____



INCLUSÃO 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: _____

Obs.: **Necessária apresentação de documentos comprovando a dependência.**

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 §5º do Estatuto Social. Declaro que tenho ciência dos direitos constados no Plano e Benefício.

Nestes termos, pede deferimento.

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

Para Uso da ABEPOM:

Motivo: Deferido Indeferido

Data: ____/____/____ Funcionário: _____