



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

INCLUSÃO DE DEPENDENTE MAIOR DE 18 ANOS

Qualificação: _____		Matricula: _____ - ____	
Nome: _____			
Telefones: () _____ - _____		Celular: () _____ - _____	
E-mail: _____			
Dados do Dependente:			
Nome: _____			
Sexo: _____		Data Nascimento: ____/____/____	
CPF: _____			
Tipo de Dependência:			
<input type="checkbox"/> Filho/Filha		<input type="checkbox"/> Enteadado/Enteada	
(documentos necessários: Certidão de Nascimento);			
<input type="checkbox"/> Pai/Mãe		<input type="checkbox"/> Sogro/Sogra	
(documento necessário: Comprovação em que a renda familiar não ultrapasse 2 salários mínimos);			
<input type="checkbox"/> 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.			
Nestes termos, pede deferimento.			
Local: _____		Data: ____/____/____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Para Uso da ABEPOM:			
Deferido <input type="checkbox"/>		Indeferido <input type="checkbox"/>	
Motivo: _____			

Data: ____/____/____		Funcionário: _____	

INCLUSÃO DE DEPENDENTE MAIOR DE 18 ANOS

Qualificação: _____		Matricula: _____ - ____	
Nome: _____			
Telefones: () _____ - _____		Celular: () _____ - _____	
E-mail: _____			
Dados do Dependente:			
Nome: _____			
Sexo: _____		Data Nascimento: ____/____/____	
CPF: _____			
Tipo de Dependência:			
<input type="checkbox"/> Filho/Filha		<input type="checkbox"/> Enteadado/Enteada	
(documentos necessários: Certidão de Nascimento);			
<input type="checkbox"/> Pai/Mãe		<input type="checkbox"/> Sogro/Sogra	
(documento necessário: Comprovação em que a renda familiar não ultrapasse 2 salários mínimos);			
<input type="checkbox"/> 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.			
Nestes termos, pede deferimento.			
Local: _____		Data: ____/____/____	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Para Uso da ABEPOM:			
Deferido <input type="checkbox"/>		Indeferido <input type="checkbox"/>	
Motivo: _____			

Data: ____/____/____		Funcionário: _____	