



REQUERIMENTO DE RECADASTRAMENTO

QUALIFICAÇÃO:

Nome: _____ Matricula: _____
Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____
Endereço Residencial: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____
Fone Residencial.: _____ Celular.: _____ Fone Comercial: _____
E-mail: _____

REQUERIMENTO:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer a **Inclusão ou Exclusão dos dependentes abaixo identificados:**

DEPENDENTES:

Nome	Grau Parentesco	Data nascimento	Inc.	Exc.

REQUERIMENTO:

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer sua admissão ao quadro social e ou efetuar o recadastramento junto ao cadastro de associados desta ABEPOM, com base nos termos do artigo 5º do Estatuto Social vigente cujo teor tem amplo conhecimento, autorizando desde já, que a sua contribuição mensal bem como, quaisquer outros encargos devidos, decorrentes da prestação de serviços ou fruição dos benefícios, sejam descontados mediante consignação em sua folha de pagamento. Caso a consignação em folha de pagamento não possa, por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretroatável, que também, tais descontos (Contribuição Mensal e ou Prestações Financeiras decorrentes da utilização dos serviços ou a fruição dos benefícios previstos no seu Regulamento do Plano de BENEFÍCIOS e SERVIÇOS, cujo teor também conhece) sejam debitados em sua conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data _____ Assinatura: _____

Processamento: Cadastro:

Requerido em ____/____/____

Obs: _____

_____ Responsável pelo Cadastro.

Utilize o verso para quaisquer esclarecimentos adicionais que julgar conveniente