



Associação Beneficente dos Militares Estaduais  
Formulário para  
EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Qualificação do Associado Titular: Matrícula:

Nome:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Residencial Celular Comercial

E-mail.:

Qualificação do Dependente:

Nome:

Sexo.: Masc. ( ) Fem. ( ) CPF:

Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tipo de Dependência:

**Requerimento.:**

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 do Estatuto Social. Estou ciente que só poderei incluir o mesmo dependente novamente após o prazo de 2 (dois) anos desta data. Nestes termos, pede deferimento.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Para uso da ABEPOM.:  Deferido  Indeferido

Motivo.: \_\_\_\_\_

Data.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Funcionário.: \_\_\_\_\_



Associação Beneficente dos Militares Estaduais  
Formulário para  
EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Qualificação do Associado Titular: Matrícula:

Nome:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Residencial Celular Comercial

E-mail.:

Qualificação do Dependente:

Nome:

Sexo.: Masc.( ) Fem. ( ) CPF:

Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tipo de Dependência:

**Requerimento.:**

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 do Estatuto Social. Estou ciente que só poderei incluir o mesmo dependente novamente após o prazo de 2 (dois) anos desta data. Nestes termos, pede deferimento.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Para uso da ABEPOM.:  Deferido  Indeferido

Motivo.: \_\_\_\_\_

Data.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Funcionário.: \_\_\_\_\_