



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

REQUERIMENTO DE ASSOCIAÇÃO

QUALIFICAÇÃO:

Policial Militar Bombeiro Militar Pensionista Colaborador Civis da PM/BM

Matrícula: _____ Nome : _____ Posto / Graduação: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ CPF: _____

RG: _____ Endereço Residencial: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Fone Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Fone Comercial: (____) _____

E-mail: _____ Senha Consignum: _____

Banco: _____ Agência Bancária: _____ Conta Corrente Nº: _____

REQUERIMENTO:

O associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento requerer a **Inclusão dos Dependentes** abaixo identificados:

Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascimento	CPF

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer sua admissão ao quadro social da 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 Plano e Regulamento de BENEFÍCIOS e SERVIÇOS, cujo teor também conhece) sejam debitados em sua conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos.

Declaro também, que estou ciente nas previsões do artigo 8º, §1º, a e b, e § 2º do Estatuto Social*.

Sendo empregado da ABEPOM, autorizo na Rescisão Contratual, que quaisquer débitos contraídos junto a associação, sejam descontados no ato da rescisão.

* §1º. Poderão ser inscritos ainda:

a) como dependentes especiais os filhos maiores de 18 anos, desde que solteiros, que não sejam estudantes e os absoluta e relativamente capazes nos termos do Código Civil, o enteado, o menor que se ache sob sua guarda judicial, o pai, a mãe, o sogro, ou a sogra, e qualquer parente consanguíneo direto até o terceiro grau desde que vivam sob dependência econômica do associado devidamente comprovada.

b) como dependente agregado, os parentes por afinidade, até o segundo grau.

§2º. para a inclusão de dependentes previstos no parágrafo anterior será cobrada uma taxa suplementar de mensalidade a ser estabelecida pelo Conselho de Administração”.

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

RESERVADO SETOR DE CADASTRO

Incluído em: ____/____/____

OBS:

Responsável pelo Cadastro

Presidente da ABEPOM