



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

### 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: \_\_\_\_\_



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

### 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: \_\_\_\_\_