



ABEPOM

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO DE ASSOCIAÇÃO

1 - QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO(A)

Nome : _____ Posto / Graduação: _____ Matrícula: _____

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

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Tel Residencial: (__) _____ Celular: (__) _____ Tel Com.: (__) _____

E-mail: _____ Lotação: _____

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

2- DEPENDENTES

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

| Nome | Grau de Parentesco | Data de Nascimento | CPF |
|------|--------------------|--------------------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DEPENDENTE: Sem taxa (Artigo 7º do Estatuto Social)

Esposo(a) , Companheiro(a), Filhos(as) ou Enteados(as) até 18 anos, Filho(a) Universitário(a) até 24 anos, Filhos(as) absolutamente incapazes, Menor Sob Guarda Judicial, Pai/Mãe/Sogro(a) (dependência econômica).

ASSOCIADO ESPECIAL: Com taxa (Artigo 5º § 3º do Estatuto Social)

Filhos(as) ou Enteados(as) Maiores, Neto(a), Padrasto/Madrasta, Irmão/Irmã, Pai/Mãe, Sogro(a) e Cunhado(a).

Obs: Necessária apresentação de RG e CPF e comprovação de vínculo com o titular da matrícula

3 - TERMOS

O associado(a) acima qualificado vem por meio do presente instrumento, **REQUERER** sua admissão junto ao quadro social da ABEPOM, ciente dos artigos 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Estatuto Social , **AUTORIZANDO** desde já que sua contribuição associativa mensal e **de seus dependentes**, bem como, quaisquer outros valores devidos decorrentes da utilização dos serviços, convênios ou dos benefícios, sejam descontados mediante consignação em sua folha de pagamento, OU na impossibilidade da consignação em folha de pagamento , **AUTORIZA** expressamente que os descontos da Contribuição Mensal e valores decorrentes da utilização dos serviços e dos benefícios previstos no Plano e Regulamento de BENEFÍCIOS e SERVIÇOS e convênios com ABEPOM, sejam debitados em sua conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos. O associado(a) tem conhecimento da necessidade da atualização dos seus dados cadastrais junto à ABEPOM e desde já **AUTORIZA** a ABEPOM a coleta e tratamento de dados pessoais, que serão armazenados em banco seguro , PERMITINDO o uso das informações , desde que a coleta e tratamento de dados estejam relacionados com a execução das finalidades específicas da ABEPOM. O compartilhamento dos dados entre ABEPOM e PARCEIROS, tem como propósito , de um lado, a publicidade como forma de divulgação de novos serviços e convênios, e de outro as condições e formas de pagamento e descontos pela utilização dos serviços. O titular dos dados poderá requerer informações sobre o tratamento dos seus dados pelo e-mail: comitedeseguranca@abepom.org.br. É de uso pessoal e intransferível a senha obtida para utilização dos serviços disponibilizados de forma on-line é de inteira responsabilidade do associado(a) qualquer prejuízo causado pelo fornecimento da senha a terceiros. O associado(a), em sendo empregado da ABEPOM, autoriza o desconto de quaisquer débitos contraídos junto a associação, das verbas rescisórias.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: _____ Ass do Associado(a): _____

4 - PARA USO DA ABEPOM

Incluído em: ____/____/____

Responsável pela inclusão