



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE ASSOCIADO ESPECIAL**

**1 - QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO(A) TITULAR**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Tel. Cel.: (    ) \_\_\_\_\_ Tel. Res.: (    ) \_\_\_\_\_ Tel. Com.: (    ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**2 - DADOS DO ASSOCIADO ESPECIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**GRAU DE PARENTESCO** \_\_\_\_\_

Obs: Necessária apresentação de RG, CPF e comprovação de vínculo com o titular da matrícula. Comprovação da dependência econômica, para fins de aplicação do artigo 7º § 2º, se for o caso.

**ASSOCIADO ESPECIAL: Com taxa de R\$ 23,00 mensal (Artigo 5º § 3º do Estatuto Social)**

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

**3 - TERMOS**

O Associado(a) acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer a admissão ao quadro social da ABEPOM do ASSOCIADO ESPECIAL, também acima qualificado, com base nos termos dos artigos 5º § 3º do Estatuto Social vigente, cujo teor tem amplo conhecimento, autorizando desde já, que a sua contribuição associativa mensal bem como, todas as despesas decorrentes pela utilização de serviços, inclusive com terceiros conveniados com a ABEPOM, sejam descontados mediante consignação em sua folha de pagamento. Caso a consignação em folha de pagamento não seja efetivada, por qualquer, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretratável, que tais descontos sejam debitados em sua conta corrente bancária, através da qual recebe seus vencimentos. **Ciente de que conforme disposto no artigo 5º § 3º do Estatuto Social, o Associado Especial não possui direito a voto e utilização dos benefícios previstos no Capítulo III do Plano de Regulamento e Benefícios e Serviços (Assistências e Auxílios).**

Nestes termos, pede deferimento.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Ass do Associado: \_\_\_\_\_

**4 - PARA USO DA ABEPOM**

Colaborador responsável pela inclusão: \_\_\_\_\_