



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: _____ Tel. Cel.: () _____
E-mail: _____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____



Autorizo contato com associado especial para apresentação dos benefícios e serviços.

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 motivo, 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: _____