



## ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

### REQUERIMENTO DE RECADASTRAMENTO

Policial Militar  Bombeiro Militar  Colaborador  Pensionista  Civil da PM/BM

Matrícula: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Posto/Graduação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Fone residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fone comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### TERMOS

O associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, isento de qualquer tipo de constrangimento ou coação, requerer seu recadastramento junto ao quadro social da ABEPOM, com base nos termos dos artigos 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º 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 irretratável, 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 7º, §1º 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.

\* 7º - São dependentes dos associados, a esposa ou o esposo, a companheira ou o companheiro em união estável devidamente comprovada, os filhos até 18 (dezoito) anos de idade e os filhos absolutamente incapazes.

§1º - O limite de idade para os filhos previsto no caput, poderá ser ampliado até o ser comprovada semestralmente.

§2º - Podem ainda ser inscritos como dependentes o enteado e o menor que se ache sob sua guarda judicial, o pai, a mãe, o sogro ou dependência econômica do associado devidamente comprovada, cuja regulamentação sobre a comprovação da dependência econômica, meio de Diretriz fixada pelo Conselho de Administração.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Para uso da ABEPOM

Incluído em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs:

\_\_\_\_\_  
Colaborador responsável