



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATARINA

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE / ASSOCIADO ESPECIAL

1 - QUALIFICAÇÃO DO ASSOCIADO(A)

Nome: _____ Matrícula: _____

Tel. Cel.: () _____ E-mail: _____

2 - DADOS DO DEPENDENTE/ASSOCIADO ESPECIAL A SER EXCLUÍDO

Nome: _____ CPF: _____

3 - MOTIVO DA EXCLUSÃO

4 - TERMOS

O Associado(a) acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a EXCLUSÃO de seu DEPENDENTE / ASSOCIADO ESPECIAL junto ao cadastro de associados da ABEPOM, com base nos termos do artigo 8º do Estatuto Social, sendo o responsável pelas informações descritas.

Estou ciente de que me mantenho responsável pelo pagamento de quaisquer despesas decorrentes da utilização dos serviços ou fruição dos benefícios pelo dependente/associado especial enquanto ativo.

Para Associado Especial:

Estou ciente que só poderei incluir o referido Associado Especial novamente após o prazo de 2 (dois) anos, a contar desta data, e que para o retorno antecipado será cobrada multa de 50% do valor das mensalidades faltantes para completar o prazo de carência (Diretriz 004/2022)

Nestes termos, pede deferimento.

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

4 - PARA USO DA ABEPOM

Colaborador responsável pela exclusão: _____