



**ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E SARGENTOS
POLICIAIS MILITARES E BOMBEIROS MILITARES
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – ASSPMBM/RN
CNPJ 01.118.828/0001-01**

Sede: Rua Pte. Bandeira, 1158 – Alecrim – CEP: 59.032-200 – Fone: 3223-8601

Senhor (a), Presidente,

Eu _____ brasileiro,

Militar, matrícula nº. _____ RG _____ OPM _____

Graduação _____ nascido em ____/____/____ CPF _____

Filho de _____ e _____

_____ E-mail _____ residente e

domiciliado a Rua / Av. _____

_____ CEP _____

Bairro _____ na cidade de _____ estado do Rio

Grande do Norte. Telefone residencial _____ celular _____

Venho mui respeitosamente diante de vossa senhoria, requerer a minha inclusão no Quadro Social desta entidade, na qualidade de Sócio ()Efetivo, ()Pensionista, ()Contribuinte de acordo com os Artigos. 44º, 45º, 46º, e Art. 47º do **ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E SARGENTOS POLICIAIS MILITARES E BOMBEIROS MILITARES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – ASSPMBM/RN**. Declaro como meus dependentes de acordo com o artigo 43º, Incisos I, II, III e IV, Parágrafos 1º e 2º, os nomes abaixo relacionados.

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO

DECLARO, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras, bem como tenho ciência que, de acordo com o artigo 100º do Estatuto da ASSPMBM/RN, após minha inclusão no quadro social, caso me venha a ser prestado serviço de assistência jurídica, individual e/ou coletiva, num prazo de 90 (noventa) dias, deverei permanecer como associado pelo período de carência de 12 (doze) meses, cumprindo contrato de adesão firmado entre as partes, a contar da data do benefício, para que meu pedido de exclusão do quadro social seja deferido, podendo ainda, optar pelo pagamento dos honorários advocatícios, custas processuais e despesas individuais alusivas ao procedimento jurídico e referentes aos serviços prestados, de conformidade com o que prescreve o artigo 297 do Código Civil Brasileiro. DECLARO ainda, que caso venha a me beneficiar de qualquer convênio firmado pela Associação (**Telefonia, Médico, Odontológico, Educacional e Etc.**) deverei permanecer como associado pelo prazo equivalente à duração do contrato atinente ao convênio utilizado ou pagar indenização relativa ao valor das mensalidades equivalentes ao período e as prestações vincendas. AUTORIZO desde já, o desconto da Mensalidade e qualquer Benefício por mim utilizado nesta Associação em meu contracheque (salário mensal).

_____, ____/____/____
Local e data de admissão

Assinatura do Sócio

“NÓS TRABALHAMOS PARA VALORIZAR VOCÊ, NOSSO ASSOCIADO”