|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE ENTEADO(S)** |
| Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de identificação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| Vem mui respeitosamente requerer de acordo com o Artigo 10 do Estatuto da **Associação Beneficente de Saúde dos Militares do Estado de Mato Grosso – ABSM/MT**, a **INCLUSÃO**, como meu dependente, conforme declaro abaixo: |
| Declaro, para que produzam os devidos e legais efeitos, junto a **ABSM-MT**, que: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de identificação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, é meu dependente economicamente e financeiramente, |
| não possuindo qualquer tipo de aposentadoria, pensão ou outra fonte de renda, não constando em nenhum cadastro de outro órgão como dependente de outra pessoa.  Por ser expressão da verdade, assino o presente com duas testemunhas, sendo de minha inteira responsabilidade legal as informações acima.  Nestes termos,  Pede deferimento.  Cuiabá/MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2013  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) declarante |
| **TESTEMUNHAS:**  **1º** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de identificação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  **2º** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de identificação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |