



PEDIDO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Eu (titular) _____, matrícula número _____, categoria _____ e série _____, venho repetidamente junto a esta Diretoria, requerer a inclusão como meu/minha dependente da pessoa abaixo relacionada, pelo período que estiver estabelecido, de acordo com o grau de parentesco.

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA NASC.
_____	_____	____/____/____

Razão da inclusão:

Declaro para os devidos fins que as informações da presente são verdadeiras, responsabilizando-me pelas mesmas de acordo com os Estatutos e Regulamento Interno da Associação.

OBS.: A exclusão do dependente, acima mencionado, só poderá ser efetuada após 6 meses de sua inclusão, exceto acompanhante.

Assinatura do Associado

Solicitação

- Dependente Direto Primeira inclusão
 Dependente Indireto Reinclusão de dependente afastado há 1 ano ou mais

Despacho da Diretoria

- Aprovado
 Não aprovado

Taxa de dependentes

- Direto até 09 anos R\$ 11,75
 Direto acima de 09 anos R\$ 23,50
 Indireto R\$ 117,50

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Moacir Rohde Dornelles
Presidente

Secretaria: _____