

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. INFORME O TIPO DE VÍNCULO:

- () Ativo
- () Aposentado
- () Pensionista

2. INFORME OS DADOS DO TITULAR:

Nome Completo: _____

Matrícula/CB: _____ CPF: _____

Nº Identidade: _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

Unidade de Lotação/Vinculação: _____

Telefone 1: () _____ Telefone 2:() _____

E-mail: _____

3. INFORME O TIPO DE DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO:

- () Cônjuge/Companheiro (a)
- () Filho (a) até 21 Anos
- () Filho (a) Universitário
- () AMS 28 ANOS
- () Enteadado
- () Menor sob guarda em processo de adoção
- () Dependente Filho (a) inválido (a)
- () Outros (Pai ou Mãe)

4. INFORME OS DADOS DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO:

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ CPF: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

Nome completo da Mãe: _____

(Nome completo conforme documento de identidade)

Motivo da exclusão:

Corporativo

5. RESPONSABILIDADE LEGAL

5.1. É de minha responsabilidade conhecer e cumprir as normas da AMS dispostas no Regulamento, disponível no Portal AMS.

5.2. Serão descontados, em minha folha de pagamento ou proventos dos valores relativos à minha participação pecuniária, referentes a todas as despesas realizadas na AMS por este dependente, até a presente data.

5.3. Caso meu dependente venha a utilizar a AMS após a exclusão, arcarei com esta despesa, seja de Grande Risco ou Pequeno Risco, integralmente, sendo também considerado como fraude. A Utilização da AMS, de forma indevida ou fraudulenta, por mim ou por quaisquer de meus dependentes implicará na aplicação das penalidades previstas nas legislações trabalhista e penal vigentes.

5.4. Nas solicitações de reinclusão na AMS 28 anos será necessário observar o tempo de contribuição do dependente antes do desligamento. No caso de contribuição por tempo inferior a 5 (cinco) anos, não será permitida a reinclusão.

5.5. Não poderei reincluir este dependente, se o mesmo vier a ser excluído da AMS por ato considerado como infração ou fraude contra a AMS.

5.6. Caso este dependente por mim excluído venha a ser reincluído por determinação judicial, todas as suas despesas decorrentes do uso da AMS serão integralmente descontadas em minha folha de pagamento ou proventos ou por boleto bancário.

5.7. Estarei sujeito ao cumprimento do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que versa sobre as consequências que poderão advir no caso de “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

_____ - _____ UF, _____ dia de _____ mês de 20 _____ ano
Local

(Assinatura do Titular)

Todas as folhas deverão ser rubricadas pelo beneficiário titular.

(Rubrica do Atendente)

Matrícula do Atendente: _____