



ADEPOL-PR – Associação dos Delegados de Polícia do Estado do Paraná



FUNDO SOCIAL

ASSOCIADO (A): _____

RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

CELULAR: () _____ FONE: () _____ () RES. () COM.

EMAIL: _____

Em cumprimento às exigências do Artigo 17 do Estatuto da ADEPOL-PR, indico meus beneficiários:

*NOME	*DT. NASC	*º PARENTESCO	* Nº TEL / CELULAR	*%
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	
			()	

***Preenchimento obrigatório**

**** (Se necessário, use o verso)**

*****Não pode conter rasuras, nem alterar o formulário**

_____, ____/____/____

Assinatura do (a) Associado (a)