

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DO MILITAR  
(POR FAVOR, PREENCHER COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL)**

**Sr. Diretor do Fundo de Saúde,**

Eu, \_\_\_\_\_,

(Posto/graduação)

(nome completo)

Carteira Identidade nº: \_\_\_\_\_; Matrícula nº: \_\_\_\_\_; Nome de guerra: \_\_\_\_\_; pertencente a unidade militar: \_\_\_\_\_; residente e domiciliado à: \_\_\_\_\_; n° \_\_\_\_\_;

complemento: \_\_\_\_\_;

bairro: \_\_\_\_\_; município: \_\_\_\_\_; Estado: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_; CEP nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_; telefone fixo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; telefone móvel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; vem muito respeitosamente

requerer à V. S<sup>a</sup> a minha **INCLUSÃO** no Fundo de Saúde da Polícia Militar (FUNSAU), com base no que dispõe a Lei Complementar nº 142, de 16 de dezembro de 2021, que instituiu o Sistema de Proteção Social dos Militares do Estado do Pará (Diário Oficial nº 34.803, de 20 de dezembro de 2021),

Outrossim, declaro para os devidos fins, que estou ciente que os direitos aos benefícios oferecidos pelo FUNSAU aos militares estaduais serão garantidos imediatamente, logo após a comprovação do pagamento da primeira parcela mensal da contribuição, a partir de quando será permitido a inclusão de dependentes.

Ademais, ressalto que as informações contidas neste requerimento são verdadeiras estando ciente das penalidades por quaisquer informações falsas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
**Requerente**  
(assinatura conforme identidade)

\_\_\_\_\_  
**Recebedor**  
(assinatura legível)