

# **BOLETIM GERAL N° 056, de 23 MAR 2022**

---

## **ANEXO II**

### **REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) - FRENTE (POR FAVOR, PREENCHER COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL)**

**Sr. Diretor do Fundo de Saúde da PMPA,**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, (Posto/graduação)

(nome completo);

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

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

bairro: \_\_\_\_\_; município: \_\_\_\_\_; Estado: \_\_\_\_\_; CEP nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_;

telefone fixo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; telefone móvel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; vem muito respeitosamente requerer à V. S<sup>a</sup> a **INCLUSÃO** do(s) dependente(s) no Fundo de Saúde da Polícia Militar (FUNSAU), com base no que dispõe o art. 4º da 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 benefícios disponibilizados somente ficarão a disposição do(s) dependente(s), a partir do desconto da 1ª parcela em contracheque e emissão da "CARTEIRA DOFUNSAU"

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)

# BOLETIM GERAL N° 056, de 23 MAR 2022

## REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) - VERSO (POR FAVOR, PREENCHER COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL)

<b>IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE</b>		
NOME COMPLETO:		
PARENTESCO:	RG:	CPF:
SEXO: ( ) F ( ) M	DATA DE NASC. / /	IDADE:
ESTADO CIVIL:	FONE: ( )	
ESTUDANTE: ( ) SIM ( ) NÃO. NIVEL: ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) SUPERIOR		
PcD*: ( ) Não ( ) Sim. ESPECIFICAR: ( ) FÍSICA ( ) MENTAL ( ) AUDITIVA ( ) MÚLTIPLA		
PLANO DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO. QUAL		
Nº DO BOLETIM GERAL/DATA:	DATA DA INCLUSÃO: / /	
ASSINATURA DO MILITAR:		

FOTO 3X4

<b>IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE</b>		
NOME COMPLETO:		
PARENTESCO:	RG:	CPF:
SEXO: ( ) F ( ) M	DATA DE NASC. / /	IDADE:
ESTADO CIVIL:	FONE: ( )	
ESTUDANTE: ( ) SIM ( ) NÃO. NIVEL: ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) SUPERIOR		
PcD*: ( ) Não ( ) Sim. ESPECIFICAR: ( ) FÍSICA ( ) MENTAL ( ) AUDITIVA ( ) MÚLTIPLA		
PLANO DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO. QUAL		
Nº DO BOLETIM GERAL/DATA:	DATA DA INCLUSÃO: / /	
ASSINATURA DO MILITAR:		

FOTO 3X4

<b>IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE</b>		
NOME COMPLETO:		
PARENTESCO:	RG:	CPF:
SEXO: ( ) F ( ) M	DATA DE NASC. / /	IDADE:
ESTADO CIVIL:	FONE: ( )	
ESTUDANTE: ( ) SIM ( ) NÃO. NIVEL: ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) SUPERIOR		
PcD*: ( ) Não ( ) Sim. ESPECIFICAR: ( ) FÍSICA ( ) MENTAL ( ) AUDITIVA ( ) MÚLTIPLA		
PLANO DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO. QUAL		
Nº DO BOLETIM GERAL/DATA:	DATA DA INCLUSÃO: / /	
ASSINATURA DO MILITAR:		

FOTO 3X4

<b>IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE</b>		
NOME COMPLETO:		
PARENTESCO:	RG:	CPF:
SEXO: ( ) F ( ) M	DATA DE NASC. / /	IDADE:
ESTADO CIVIL:	FONE: ( )	
ESTUDANTE: ( ) SIM ( ) NÃO. NIVEL: ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) SUPERIOR		
PcD*: ( ) Não ( ) Sim. ESPECIFICAR: ( ) FÍSICA ( ) MENTAL ( ) AUDITIVA ( ) MÚLTIPLA		
PLANO DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO. QUAL		
Nº DO BOLETIM GERAL/DATA:	DATA DA INCLUSÃO: / /	
ASSINATURA DO MILITAR:		

FOTO 3X4

PcD: Pessoa com Deficiência.