

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^a 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 DO FUNSAU”

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 Nº 056, de 23 MAR 2022

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

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE				FOTO 3X4
NOME COMPLETO:				
PARENTESCO:		RG:	CPF:	
SEXO: () F () M	DATA DE NASC. / /	IDADE:		
ESTADO CIVIL:		FONE: ()		
ESTUDANTE: () SIM () NÃO. NÍVEL: () 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:				

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE				FOTO 3X4
NOME COMPLETO:				
PARENTESCO:		RG:	CPF:	
SEXO: () F () M	DATA DE NASC. / /	IDADE:		
ESTADO CIVIL:		FONE: ()		
ESTUDANTE: () SIM () NÃO. NÍVEL: () 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:				

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE				FOTO 3X4
NOME COMPLETO:				
PARENTESCO:		RG:	CPF:	
SEXO: () F () M	DATA DE NASC. / /	IDADE:		
ESTADO CIVIL:		FONE: ()		
ESTUDANTE: () SIM () NÃO. NÍVEL: () 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:				

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE				FOTO 3X4
NOME COMPLETO:				
PARENTESCO:		RG:	CPF:	
SEXO: () F () M	DATA DE NASC. / /	IDADE:		
ESTADO CIVIL:		FONE: ()		
ESTUDANTE: () SIM () NÃO. NÍVEL: () 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:				

PcD: Pessoa com Deficiência.