



FUNDO DE SAÚDE
dos Militares do Estado do Piauí
Nossa conquista. Sua realidade.

PEDIDO DE INCLUSÃO DE PENSIONISTA NO FUSAMPI

NOME DA PENSIONISTA:

RG: _____ CPF: _____

NOME DO INSTITUIDOR: _____

POSTO OU GRAD:

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF _____

TELEFONE: () _____

DATA ADMISSÃO NA PM/ BM: ____/____/____

DATA DE ÓBITO: ____/____/____

PLANO DE SAÚDE: **IAPEP:** SIM () NÃO () **PLAMTA:** SIM () NÃO () **OUTRO:**

Vem perante V. Ex^a. requerer a sua inclusão como sócio do FUNDO DE SAÚDE DOS MILITARES DO ESTADO DO PIAUI – FUSAMPI, de acordo com o que dispõe o art. 41 e parágrafos 1º E 2º da Lei nº 5.378/2004, bem como o Estatuto e Regimento Interno do FUSAMPI.

Documentos exigidos: Cópias

RG: Sim () Não ()

CPF: Sim () Não ()

Atestado médico: Sim () Não ()

Certidão de óbito: Sim () Não ()

Contracheque: Sim () Não ()

Certidão casamento: Sim () Não ()

Certidão nascimento: Sim () Não ()

Outros:

Declaro que as informações e documentos apresentados são verdadeiros, e que tenho conhecimento de que pedidos protocolados até 06 MESES da emissão da certidão de óbito do associado não haverá carência, e para pedidos após 06 MESES da emissão da certidão de óbito, **a carência** será de 06 MESES a partir do primeiro desconto no contracheque, de acordo com ata 001/2021 – Anexo 10 art.10. do Regimento Interno do FUSAMPI.

Obs. O FUSAMPI se reserva do direito de deferir ou indeferir o pedido, por decisão do Conselho Gestor do FUSAMPI.

Obs. 1. Cópias de documentos deverão ser apresentadas junto com o original para efeito de conferência e autenticação por parte do funcionário atendente.

Nestes Termos,

Pede Deferimento,

Teresina, PI, ____/____/____

REQUERENTE