



FUNDO DE SAÚDE dos Militares do Estado do Piauí

Nossa conquista. Sua realidade.

REQUERIMENTO

PEDIDO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE NO FUSAMPI	
NOME: (TITULAR) _____	
POSTO OU GRAD: _____	
RG: _____	CPF: _____ ESTADO CIVIL _____
ENDEREÇO: RUA: _____ Nº _____	
CIDADE: _____ UF _____	
TELEFONE: FIXO () _____ () CEL. _____	
DATA ADMISSÃO NA PM/ BM: / /	
PLANO DE SAÚDE: IAPEP: SIM () NÃO () PLAMTA: SIM () NÃO () OUTRO: _____	
Vem perante V. Ex ^a . requerer a inclusão, de seu dependente abaixo nominado, 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.	
DEPENDENTE: _____ NASC _____/_____/_____	
Documentos exigidos: Cópias RG sim () não (); CPF: sim () não (); atestado médico: sim () Não (); contracheque: sim () não (), certidão casamento (), certidão nascimento () outros: _____	
Declaro que as informações e documentos apresentados são verdadeiros, e que tenho conhecimento de que a carência para ter direito a qualquer tipo de benefício é de 06 (SEIS) MESES, a partir do primeiro desconto da contribuição em contracheque, de acordo com o parágrafo 2º do art. 4º Estatuto do FUSAMPI. Obs. O FUSAMPI se reserva do direito de deferir ou indeferir o pedido, por decisão do Conselho Gestor do FUSAMPI; Obs. 2 - 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