



# FUNDO DE SAÚDE DOS MILITARES DO ESTADO DO PIAUI

RUA PADRE JOAQUIM NONATO, 1477- BAIRRO: CRISTO REI.

CNPJ (MF) nº 07.259.050/0001-37

CEP: 64.014-400

TERESINA-PI

## REQUERIMENTO

PEDIDO DE INCLUSÃO NO FUSAMPI	
NOME: _____	
POSTO OU GRAD: _____	
RG: _____ CPF: _____	
ENDEREÇO: _____	
CIDADE: _____ UF: _____	
TELEFONE: ( ) _____	
DATA ADMISSÃO NA PM/ BM:     /     /	
PLANO DE SAÚDE: <b>IAPEP:</b> SIM ( ) NÃO ( )	
<b>PLAMTA:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>OUTRO:</b>	
Vem perante V. Ex <sup>a</sup> . 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: <b>Cópias RG (PM)</b> sim ( ) não ( ); <b>CPF:</b> sim ( ) não ( ); <b>Atestado médico:</b> sim ( ) não ( ); <b>Contracheque:</b> sim ( ) não ( ) 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. Bem como, o parâmetro para efeito de complementação de benefício é o PLAMTA/IASPI SAÚDE OU PLANO PRIVADO.	
OBS: O FUSAMPI se reserva do direito de deferir ou indeferir o pedido, por decisão do Conselho Gestor do FUSAMPI.	

Nestes Termos,

Pede Deferimento,

Teresina, PI, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REQUERENTE