



REQUERIMENTO DE REINCLUSÃO

(POR FAVOR, PREENCHER COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL)

Sr. Diretor do Fundo de Assistência Social da PMPA,

Eu, _____; Posto/Grad.: _____,
(NOME COMPLETO)
OPM: _____, RG: _____ Matrícula: _____,
CPF: _____, Data de Nascimento: ____/____/____, residente
no endereço: _____, nº _____,
Complemento: _____; bairro: _____,
Município: _____, Estado: _____, Cep: _____,
Telefone: (____) _____, E-mail: _____,

venho respeitosamente requerer à V. S.^a, minha **REINCLUSÃO**, neste Fundo de Assistência Social da Polícia Militar – FASPM, bem como de meus DEPENDENTES, conforme dispõe nos Art. 20 e 24, do Regimento Interno do FASPM¹.

Em cumprimento à Lei nº. 13.709/18 – LGPD e demais normativas aplicáveis sobre proteção de dados pessoais, me manifesto de forma legal, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar o FASPM a realizar o cadastramento de meus dados pessoais, para fins de inclusão, reinclusão ou exclusão, como associado/contribuinte e dos respectivos dependentes nos seguintes sistemas: SIGFAS, SISCESO, SCMC-SEPLAD e IGEPPS, bem como fazer as atualizações cadastrais e consultas, quando se fizerem necessárias.

Estou ciente que, a qualquer momento, posso retirar o consentimento ora fornecido, hipótese em que as atividades desenvolvidas pelo FASPM, no âmbito de nossa relação, poderão restar prejudicadas.

Declaro e concordo que os meus Dados Pessoais poderão ser armazenados, mesmo após o distrato, para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo FASPM ou desde sejam mantidos em anonimato.

Ademais, ressalto que as informações contidas neste requerimento são verdadeiras estando ciente das penalidades por quaisquer informações falsas.

Local: _____, ____ de _____ de _____.

Requerente

Recebedor



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DO PARÁ
FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL DA PMPA - FASPM



DOCUMENTAÇÃO PARA ANEXAR:

Do Militar:	Do Dependente(s):
<ul style="list-style-type: none">✓ Identidade militar✓ CPF✓ Contracheque atual✓ Comprovação de residência	Esposa/companheira: Certidão de casamento ou Declaração de União Estável, RG e CPF
	Filho(s): De 0 à -18a: RG ou certidão de nascimento e CPF; De: +18 à -24a: RG, CPF, CTPS e Declaração da faculdade. De + 18 anos: (PNE): RG, CPF e laudo médico.
	Genitores: RG, CPF e declaração negativa do INSS, IGEPREV e da Prefeitura.

Obs. Declaro para os devidos fins, que estou ciente que é de minha responsabilidade verificar periodicamente o lançamento do desconto de contribuição em meu contracheque, a fim de evitar a perda de acesso aos benefícios disponibilizado pelo FASPM.

¹ Art. 20 São considerados como dependentes do associado/contribuinte do FASPM para fins deste Regimento Interno, os seguintes beneficiários: esposa ou esposo, companheiro ou companheira que vivem em união estável devidamente declarado, filhos legítimos ou adotados de forma legal e que sejam menores de 18 (dezoito) anos, filhos portadores de necessidades especiais acima de 18 (dezoito) anos, filhos até 24 anos que estejam cursando uma instituição de nível superior e não recebam nenhuma remuneração, ou mãe ou pai que comprovadamente não possuam renda e sejam declarados dependentes.

Art. 24 O ingresso e exclusão de associado/contribuinte do FASPM se dará por meio de requerimento do interessado, desde que respeitadas as regras, os impedimentos e carências previstas neste regimento ou por normativas expedidas pela Diretoria Executiva do fundo. O FASPM poderá também excluir o associado/contribuinte que não respeitar as normas e procedimentos previstos no estatuto e no regimento interno, mediante instauração de processo administrativo com ampla defesa e contraditório.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DO PARÁ
FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL DA PMPA - FASPM



REQUERIMENTO DE REINCLUSÃO DE DEPENDENTES

QT	NOME	DATA DE NASC.	PARENTESCO	PNE	RG	CPF
01		/ /				
02		/ /				
03		/ /				
04		/ /				
05		/ /				
06		/ /				
07		/ /				
08		/ /				
09		/ /				

PNE: PESSOA COM NECESSIDADE ESPECIAL. FAVOR ASSINALAR O TIPO: (01) FÍSICA (02) MENTAL (03) AUDITIVA (04) MÚLTIPLA

Requerente