



**REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL**  
(POR FAVOR, PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA E LEGÍVEL)

**Sr. Diretor do Fundo de Assistência Social da PMPA,**

Eu, \_\_\_\_\_; Posto/Grad: \_\_\_\_\_,  
(nome completo);  
RG: \_\_\_\_\_; Matrícula nº: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_ OPM:  
\_\_\_\_\_; DATA NASC: \_\_\_\_\_, Residente no  
endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_;  
complemento: \_\_\_\_\_;  
bairro: \_\_\_\_\_; município: \_\_\_\_\_; Estado: \_\_\_\_\_; CEP nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_;  
telefone móvel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; email:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, venho muito respeitosamente requerer à V. S.<sup>a</sup>, minha  
**ATUALIZAÇÃO CADASTRAL**, neste Fundo de Assistência Social da Polícia Militar –  
FAPMPA bem como de meus **DEPENDENTES**, como conforme dispõe o *art. 20 do Regimento  
Interno do FASPM*<sup>1</sup>, segue relação no verso.

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)

DOCUMENTAÇÃO:	
<b>Militar:</b>	<b>Dependente(s):</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade militar	Esposa/companheira: Certidão de casamento ou Declaração de União Estável, RG e CPF
<input checked="" type="checkbox"/> CPF	Filho(s):
<input checked="" type="checkbox"/> Contracheque atual	• De 0 à -18a: RG ou certidão de nascimento e CPF
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovação de residência	• De: +18 à -24a: RG, CPF, CTPS e Declaração da faculdade.
	• + 18 anos: (PNE): RG, CPF e laudo médico.
	Genitores: RG, CPF e declaração negativa do INSS, IGEPREV e da Prefeitura.

<sup>1</sup> 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.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR DO PARÁ  
FUNDO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA POLÍCIA MILITAR DO PARÁ FAS-PM



(VERSO)  
**REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL**  
(POR FAVOR, PREENCHER OM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL)

QT	NOME	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) MULTÍPLA

\_\_\_\_\_  
**Requerente**  
(assinatura conforme identidade)

\_\_\_\_\_  
**Recebedor**  
(assinatura legível)