

Ao Conselho de Administração FAP FAS

Nome: _____ CPD: _____

Cargo: _____ CPF: _____

Endereço: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Nos termos das Leis nº 4.433/2006 e 4.434/2006, bem como a documentação em anexo, solicito a INCLUSÃO DE COMPANHEIRO(A), conforme segue:

Nome do dependente: _____ CPF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Selecione o tipo de inclusão que deseja efetuar:

No Fundo de Assistência a Saúde – FAS - (Necessita 03 provas distintas de vida em comum por pelo menos 02(dois) anos.)

SIM - Plano Médico e Odontológico

SIM - Somente Plano Médico

Declaro que estou ciente da contribuição adicional por dependente inscrito no Plano de Assistência Médica, bem como me comprometo, na eventualidade de não possuir margem consignável em folha de pagamento, a quitar, mensalmente, possíveis débitos com o FAS-Fundo de Assistência Saúde que surgirem em decorrência da cobrança mencionada. Para tanto, buscarei a informação junto ao STA FAP/FAS a cada fechamento de mês.

SIM - Somente Plano Odontológico

NÃO

No Fundo de Aposentadoria e Pensão – FAP

SIM

NÃO

Nestes termos, solicito deferimento.

Montenegro, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO SERVIDOR: _____