

Ao Conselho de Administração FAP FAS

Dados do titular

Nome: _____

Cargo: _____ **CPD:** _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **CPF:** _____

O(a) servidor(a) acima requer a inclusão de seu dependente abaixo relacionado, na qualidade de Filho, enteado ou equiparado a filho, solteiro, entre 18 e 28 anos, no Fundo de Assistência à Saúde, exclusivamente para a Assistência à Saúde - Plano Médico de saúde, nos termos do inciso VII, art. 10 da Lei nº 4.433/06, com redação dada pela Lei nº 6.214/15:

Dados do Dependente

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

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.

Nestes termos, solicito deferimento.

Montenegro ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO TITULAR: _____