



### MARGEM

Sim  Não

Visto:

**PROTOCOLO IPREM Nº \_\_\_\_\_/20\_\_**

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_

VISTO

Ilustríssimo Senhor Diretor-Superintendente do Instituto de Previdência Municipal de Mogi das Cruzes – IPREM

Eu, \_\_\_\_\_, RGF \_\_\_\_\_, **aposentado/pensionista** desta municipalidade da  PMMC,  CMMC,  SEMAE, abaixo assinado(a), vem perante Vossa Senhoria expor e requerer a **inclusão no plano de saúde:**

**DE TITULAR**, padrão  Standard (Smart 400)  Executivo (Smart 500)

### DE DEPENDENTE(S):

Nome: \_\_\_\_\_/Dta nasc: \_\_\_\_\_

Conjuge  Companheiro  Dependente Menor de 21 Anos  Dependente Universitário  PCD

Nome: \_\_\_\_\_/Dta nasc: \_\_\_\_\_

Conjuge  Companheiro  Dependente Menor de 21 Anos  Dependente Universitário  PCD

Declaro para devidos fins que estou ciente que a adesão ao convênio médico NotreDame/Intermédica é opcional e será cobrado o valor de 10% de taxa de implantação (nova adesão titular e/ou agregados), autorizo o desconto em minha folha de pagamento, ciente do reajuste anual. Declaro que estou ciente das carências em relação aos serviços prestados, devido a data de opção ao benefício.

Contato | Tel: \_\_\_\_\_/Email: \_\_\_\_\_

Nestes Termos, Pedo  
Deferimento.

Mogi das Cruzes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura