


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 **EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE (marcar a opção desejada):**

<input type="checkbox"/>	Integral (quero excluir todos: titular, dependentes e agregados)
<input type="checkbox"/>	SOMENTE Dependente (conjuge, companheiro, filho menor de 21, universitário até 24 anos ou menor sob guarda) Nome: _____/Dta nasc: _____ Parentesco: _____ Nome: _____/Dta nasc: _____ Parentesco: _____
<input type="checkbox"/>	SOMENTE Agregados (filho com 21 anos ou mais, pai, mãe) Nome: _____/Dta nasc: _____ Parentesco: _____ Nome: _____/Dta nasc: _____ Parentesco: _____
Motivo:	

Declaro para devidos fins que estou ciente de que se decidir filiar-me novamente ao referido plano de saúde NotreDame/Intermédica, independentemente do padrão escolhido, estarei sujeito aos prazos de carência estabelecidos no contrato vigente e ao pagamento de taxa de implantação.

Contato | Tel: _____/Email: _____

 Nestes Termos, Pede
 Deferimento.

Mogi das Cruzes, _____ de _____ de 20____

 Assinatura

Av. Vereador Narciso Yague Guimarães, 277, 2º andar, Centro Cívico - Mogi das Cruzes/SP

Horário de Atendimento: 08:00 - 18:00 - (11) 4798 5185 (fixo e whatsapp) | iprem.mogidascruzes.sp.gov.br/