



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:

☐ TENHO INTERESSE EM MANTER O CONVÊNIO MÉDICO☐ NÃO TENHO INTERESSE EM MANTER O CONVÊNIO MÉDICO

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

Nestes Termos, Pede  
Deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura