



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, ☐ SEMAE, abaixo assinado(a), vem perante Vossa
Senhoria expor e requerer a **CONTINUIDADE DE DEPENDENTE UNIVERSITÁRIO no plano de saúde:**

DE DEPENDENTE(S):

Nome: _____/Dta nasc: _____

DE DEPENDENTE(S):

Nome: _____/Dta nasc: _____

Obs: Anexar o comprovante de matrícula. Este requerimento é exigido pelo convênio médico da Prefeitura de Mogi das Cruzes, somente para os casos de dependentes que já estejam como dependentes universitários no convênio até 24 anos.

Contato | Tel: _____/Email: _____

Nestes Termos, Pede
Deferimento.

Mogi das Cruzes, _____ de _____ de 20____

Assinatura