



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 NO PADRÃO:

☐ SMART 400 (STANDARD) / ☐ SMART 500 (EXECUTIVO)

☐ NÃO TENHO INTERESSE EM MANTER O CONVÊNIO MÉDICO

Contato | Tel: _____/Email: _____

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Mogi das Cruzes, _____ de _____ de 20____

Assinatura