



AUTORIZAÇÃO A FILIAÇÃO

NOME:.....,
CPF nº:.....-..... RG:.....,
Cargo/Função:.....,
servidor (a) municipal, contratado(a) sob o Regime
Jurídico....., admitido(a) em/...../.....,
matrícula nº lotado(a)
na.....,

AUTORIZA, a Secretaria Municipal de Administração de PORTO VELHO, a descontar em Folha de Pagamento, mensalmente, o percentual de 7% (sete por cento) incidente sobre o total de sua remuneração para constituição do Fundo de Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho, e assim dispor dos benefícios médicos – hospitalares, ambulatoriais, odontológicos e laboratoriais, disponibilizados pelo IPAM aos seus beneficiários.

Declara estar ciente dos descontos decorrentes da co-participação (elemento moderador), no tocante das despesas médicas e hospitalares próprias ou de seus dependentes, conforme tabela adotada pelo Instituto.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente autorização.

Porto Velho (RO),.....de.....de.....

(Assinatura do servidor)



NÃO AUTORIZAÇÃO A FILIAÇÃO

NOME:,,,,,.....,

CPF nº:____.____.____- ____ RG:_____

Cargo/Função:.....

servidor (a) municipal, contratado(a) sob o Regime Jurídico....., admitido(a) em/...../.....,

matrícula nº lotado(a)

na.....,

NÃO AUTORIZA, a Secretaria Municipal de Administração de PORTO VELHO, a descontar em Folha de Pagamento, mensalmente, o percentual de 7% (sete por cento) incidente sobre o total de sua remuneração para constituição do Fundo de Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho, e assim dispor dos benefícios médicos – hospitalares, ambulatoriais, odontológicos e laboratoriais, disponibilizados pelo IPAM aos seus beneficiários.

Declara estar ciente dos descontos decorrentes da co-participação (elemento moderador), no tocante das despesas médicas e hospitalares próprias ou de seus dependentes, conforme tabela adotada pelo Instituto.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente autorização.

Porto Velho (RO),.....de.....de.....

(Assinatura do servidor)