

Nome:		MASP/Registro Funcional:	
Nº Matrícula IPSEMG:	CPF:	RG:	
Rua/Avenida:		Nº:	Complemento:
Bairro:	CEP :	Telefone Residencial: ()	
Cidade:	Estado:	Telefone Celular: ()	
E-mail:		Telefone Comercial: ()	

Venho manifestar minha opção pela exclusão do desconto da contribuição à Assistência à Saúde relativo ao(s) dependente(s):

Nome Completo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Grau de Parentesco: _____
Nome Completo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Grau de Parentesco: _____
Nome Completo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Grau de Parentesco: _____
Nome Completo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Grau de Parentesco: _____

Declaro estar ciente que:

- 1 - O presente requerimento deverá ser protocolado nas unidades de atendimento do IPSEMG localizadas na capital ou interior, apresentando a documentação necessária ou enviado via correio para: IPSEMG - Coordenação de Cadastro, Edifício Gerais, 3º andar, Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Papa João Paulo II, 4001, Bairro Serra Verde - Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP: 31.630-901. O setor responsável providenciará sua imediata exclusão no sistema, com vigência correspondente à data de protocolo do requerimento, e o seu envio à sede do IPSEMG, para devido arquivamento.
- 2 - A partir da data do protocolo da presente opção, o dependente não poderá utilizar a Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG, havendo cobrança integral dos valores dos procedimentos realizados de acordo com "Tabela do IPSEMG de Honorários e Serviços para a Área de Saúde", em caso de uso indevido.
- 3 - Após esta exclusão opcional do desconto da contribuição à Assistência à Saúde, caso haja interesse do servidor incluir novamente o seu dependente à Assistência à Saúde prestada pelo IPSEMG, este será submetido aos prazos de carência estabelecidos no Decreto nº 42.897, de 2002, alterado pelo Decreto nº 45.869, de 2011, de 180 dias para consultas, exames, cirurgias, internações e demais procedimentos, inclusive os odontológicos e de 300 dias para partos.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

Unidade de recebimento do protocolo: Unidade de Atendimento do IPSEMG ou via correio.

RS0803 PÁGINA 01 DE 01 29-03-19 Padronização de formulários IPSEMG: Departamento de Planejamento e Orçamento - DEPO, Ramal: 52585