



AUTORIZAÇÃO A FILIAÇÃO

.....,
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 2008



NÃO AUTORIZAÇÃO A FILIAÇÃO

.....
CPF n°, Cargo/Função.....
....., servidor(a) municipal, contratado(a) sob o
Regime Jurídico....., admitido(a)
em/...../....., matrícula n°,
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 não 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 2008

.....