

ANEXO IV
DECRETO Nº 4.223, DE 2/7/2010.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE CABO FRIO
PASMH ASSISTÊNCIA MÉDICA
(Lei nº 2.277, de 14 de abril de 2010)

SOLICITAÇÃO DE REINCLUSÃO

- () REINCLUSÃO DE TITULAR E DEPENDENTES
() REINCLUSÃO DE DEPENDENTES

NOME:	MATRICULA:	
() EFETIVO () COMISSIONADO () CONTRATADO () OUTROS		
CARGO/FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	
NASCIMENTO:	SEXO: () M () F	
IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR:	
CPF:		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
TEL:	CEL:	E-MAIL:

DEPENDENTES

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DO NASCIMENTO

O Requerente acima identificado, pelo presente Termo, que abaixo subscreve, vem solicitar sua reinclusão e/ou de seus dependentes no Programa de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica dos Servidores Municipais de Cabo Frio – *PASMH Assistência Médica*, garantindo para si e/ou seus dependentes relacionados no presente Instrumento, atendimento a ser prestado nas seguintes modalidades:

- Tratamento ambulatorial;
- Tratamento odontológico básico;
- Exames médicos e odontológicos realizados por profissionais ou Instituições credenciados pelo *PASMH Assistência Médica*; e
- Ressarcimento de despesas médicas.

O Requerente declara estar ciente dos termos da Lei nº 2.277/2010 e do Regimento Interno homologado pelo Decreto nº 4.223/2010, especialmente quanto ao prazo de carência de 03 (três) meses de contribuição a partir do deferimento deste pedido, bem como que o Programa **não** cobre os seguintes atendimentos:

- Atendimento de urgência e emergência;
- Internações em UTI/CTI e similares; e
- Concessão de órteses, próteses, medicamentos e insumos.

Para a concretização deste Termo, o Requerente autoriza, pelo presente instrumento, que seja descontado em sua remuneração, provento ou salário, o percentual de ____% (_____ por cento), para crédito na conta específica do *PASMH Assistência Médica*.

Cabo Frio, de de 20__

Requerente