



## TERMO DE CIÊNCIA À OPÇÃO AO PLANO DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Órgão/Unidade Administrativa: \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que para ter as coberturas do Plano de Saúde, regido pela LCM 298/07, com as alíquotas de 7,7% sobre a base de cálculo para o Plano Familiar e de 6% sobre a base de cálculo, para o Plano Individual, terei o prazo de sessenta dias, contados do exercício, para fazer a opção ao IPAM-Saúde.

Passado esse período, o ingresso ao Plano IPAM-Saúde será por faixa etária para titular e dependentes.

Para efetuar a opção ao Plano de Saúde deverei dirigir-me ao Instituto de Previdência e Assistência Municipal, sito a Rua Pinheiro Machado, 2269, Centro, nesta, portando os documentos relacionados no art. 7º do Decreto nº 14.029, de 23.12.08.

Caxias do Sul, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura