

NOME:					
MATRÍCULA:		CPF:		RG:	
ÓRGÃO/SECRETARIA:					
E-mail:				CONTATO:	

Eu _____ Servidor (a), sob.
Matricula nº _____ no cargo/função: _____, pelo (a) Órgão
_____ **opto por aderir ao PLANO BÁSICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E
SOCIAL – PABSS**, gerenciado pelo Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do
Município de Belém – IASB, na forma da Lei Municipal nº 9.537/2019, e para o (s) meu (s)
dependente(s), **autorizando o lançamento de débito em minha remuneração da contrapartida
funcional pelo referido plano.**

DADOS PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S):

<i>Nome:</i>		<i>Grau Dep:</i>		<i>Idade:</i>		<i>Sexo:</i>	
<i>Nome:</i>		<i>Grau Dep:</i>		<i>Idade:</i>		<i>Sexo:</i>	
<i>Nome:</i>		<i>Grau Dep:</i>		<i>Idade:</i>		<i>Sexo:</i>	
<i>Nome:</i>		<i>Grau Dep:</i>		<i>Idade:</i>		<i>Sexo:</i>	
<i>Nome:</i>		<i>Grau Dep:</i>		<i>Idade:</i>		<i>Sexo:</i>	

Declaro para os devidos fins que sou beneficiário (a) do **PABSS**, que estou ciente das informações sobre o atendimento, bem como do desconto referente à minha vinculação, dos (s) meu(s) dependentes e dos descontos dos respectivos percentuais, por dependente, na forma da Lei.

Belém/Pa, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Servidor (a).