

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA INCLUSÃO

Sr. Presidente,

Eu _____,
funcionário(a) público(a) Municipal de Gurupi, lotado(a)
no(a) _____matricula n.º _____venho
por meio deste, requerer a **INCLUSÃO DO PLANO DE**
ASSISTÊNCIA À SAÚDE, junto a este Instituto de Assistência dos
Servidores Públicos – VIDA+ GURUPI, ciente dos prazos de carência
estabelecidos em lei, caso queira retornar a utiliza-lo.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Gurupi, _____ de _____ de _____.

Funcionário(a) público(a)

Obs.: Se optar pela utilização do plano de assistência, o servidor deverá preencher este requerimento. O referido plano tem carência de 03 meses para começar a utilizar. Orientamos que após o desconto no seu primeiro contracheque, da assistência VIDA+GURUPI, entre em contato com o Instituto para maiores informações e atualizações necessárias Fone whatsapp 63 3312-3727.