

REQUERIMENTO

A Senhora Diretora-Presidente Interina do IPAM
PRISCILLA BEZERRA GIROTO FARIAS LIMA

Requerente: _____

Tipo de Regime: _____ **Secretaria:** _____

CPF/CNPJ: _____ **Telefone:** _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Vem a presença de Vossa Senhoria requerer:

() Inclusão do desconto de 1% do (s) dependente(s).

Declaro que estou ciente do Art. 12 § 7º, da Lei Complementar nº 841/2021 que estabelece quanto: § 2º Os titulares dos serviços de Assistência à Saúde, contribuirão com o percentual de 1% (um por cento), por cada dependente incluído.

**Nestes Termos,
Pede-se Deferimento.**

Porto Velho-RO, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) Requerente/Procurador (a)



**DOCUMENTAÇÕES PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE -
CÔNJUGE:**

- **CERTIDÃO DE CASAMENTO (NÃO EXPEDIDA A MAIS DE 24 MESES),
conforme Port. N.º 481/2023.**
- **RG E CPF DO(A) TITULAR E DEPENDENTE;**
- **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE AMBOS;**
- **CONTRACHEQUE ATUALIZADO;**
- **FIS (SOLICITAR NO CADASTRO/DICAGE PRESENCIAL ou WHATSAPP)**

**OBS: APÓS A IMPLANTAÇÃO DO DESCONTO NO CONTRACHEQUE DO
TITULAR, ENTRAR EM CONTATO COM O IPAM PARA REALIZAR O
DESBLOQUEIO DO DEPENDENTE INCLUÍDO.**

**QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM ESTE SETOR DE
CADASTRO 2181-1364 (WHATSAPP), E-MAIL: dicage@ipam.ro.gov.br**