



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Paraíba, 576 – Funcionários – Fone: 3269-2000 – Fax: 3269-2002 – CEP 30.130-141 – Belo Horizonte/MG

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG - CBMMG - IPISM – SISAU

TERMO DE COMPROMISSO

O Sr (a) _____, inscrito no Sistema de Saúde da PMMG - CBMMG - IPISM (SiSau) sob o nº _____, portador da cédula de cédula de identidade nº _____ expedida em ____/____/____.

Na qualidade de: Segurado(a) Pensionista, declara estar ciente de que o recém-nascido (RN) filho(a) de _____,

(mãe do Recém-nascido-RN)

possuidora de cédula de identidade nº _____ expedida em ____/____/____,

Inscrita no SiSau sob o nº _____, _____, grau de parentesco, cujo parto ocorreu e se acha internado no hospital/clínica _____, necessitando de assistência

médico/hospitalar não é beneficiário (a) do SISAU e que as despesas com esse atendimento correrão integralmente por conta do (a) segurado (a) ou pensionista, e serão descontadas em seus vencimentos ou pensão no código 41 – Assistência Complementar.

Conforme o artigo 5º, da Deliberação de Saúde nº 50/2017 - PMMG-CBMMG-IPISM, após a alta hospitalar do RN, caso este não esteja cadastrado no rol de beneficiários, o SISAU não será responsável por qualquer atendimento que o mesmo venha a necessitar naquele ou em outro local.

_____ - MG _____, _____ de _____

Assinatura do segurado (a) ou pensionista

ATENÇÃO

- Este documento deve ser expedido em nome do **SEGURADO** ou da **PENSIONISTA** mediante apresentação de documento de identificação oficial e carteira/cartão de inscrição no Sistema de Saúde.

- A assinatura neste documento deve ser do **SEGURADO** ou **PENSIONISTA** que assumiu o compromisso pela despesa de assistência a saúde do recém-nascido.