



TERMO DE COMPROMISSO

A Sra. _____, inscrita no Sistema de Saúde da PMMG – CBMMG – IPISM (Sisau) sob o nº _____, portadora da cédula de identidade, nº _____, expedida em ___/___/___,

CPF nº _____, cujo parto ocorreu no Hospital Credenciado _____, CNPJ: _____.

Nome: _____, que na qualidade de beneficiária do SISAU, tem conhecimento que o seu filho Recém Nascido (RN), encontra-se internado, necessitando de assistência médico/hospitalar não é beneficiário (a) do SISAU e que seu atendimento está limitado a cobertura máxima de 30 (trinta) dias de internação. Sendo que após este período as despesas decorrentes deste atendimento não serão mais custeadas pelo SISAU.

Está ciente, ainda, de que após o período de 30 (trinta) dias ou tão logo o RN obtenha alta, o IPISM não mais se responsabilizará por qualquer tipo de assistência que este venha a necessitar.

_____/MG, ____ de _____ de 20____

Assinatura do segurado ou do seu representante legal

ATENÇÃO

- Este documento deve ser expedido em nome do segurado em nome da beneficiária ou seu representante legal, mediante apresentação de documento de identificação oficial e carteira/cartão de inscrição no Sistema de Saúde.