



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Paraíba, 576 – Funcionários – Fone: 3269-2000 – CEP 30.130-141– Belo Horizonte/MG – e-mail: cartao@ipsm.mg.gov.br

AUTORIZAÇÃO / TERMO DE COMPROMISSO

TIPO

Segurado Pensionista Nr _____ NOME _____

Endereço (Logradouro, Nº e complemento)

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone

AUTORIZO A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MEUS DEPENDENTES ABAIXO INDICADOS, ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE PELAS DESPESAS DECORRENTES E COMPROMETO-ME A ARCAR COM AS MESMAS JUNTO AO IPSM, EM CONFORMIDADE COM O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Matrícula

Nome

Data de Nascimento

Grau parentesco/situação (Menor sob guarda, etc)

Localidade

Data

Assinatura do solicitante

Apresente autorização foi recebida nesta data, tendo sido conferidos os dados do solicitante e dos dependentes mencionados

Na fração adiante indicada _____

Na SAS da Unidade indicada _____

No IPSM _____

Nome de quem recebeu

Posto / Graduação / função de quem recebeu

Localidade

Data

Assinatura de quem recebeu

Foi incluído em arquivo enviado na data de hoje ao IPSM

Nome do arquivo:

Localidade

Data

Carimbo e assinatura do Chefe da SAS