

TERMO DE OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO AO SERVIMED

NOME: _____

CPF: _____ Data Nascimento: _____

RG: _____ Órgão Expeditor: _____ Data da Expedição: _____

CARGO: _____

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: _____ Matrícula Funcional: _____

OPÇÃO: () **SIM** () **NÃO**

Declaro estar ciente que a opção pelo SIM, autoriza o desconto da respectiva contribuição mensal.

Campo Grande – MS, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

Os percentuais de descontos podem ser acessados no link:

<http://campogrande.ms.gov.br/impcg-servimed/contribuicao-e-base-de-calculo/>

Para fazer seu Cartão Saúde, compareça ao IMPCG, com seus documentos pessoais, seu holerite e uma via deste Termo de Opção.

ATENÇÃO SERVIDOR:

A opção **SIM** assegura, observados os limites e abrangência estipulados em lei e regulamentos, dentre outros, os seguintes serviços de assistência à saúde:

- assistência médica em diversas especialidades;
- exames laboratoriais em análises clínicas e em anatomia patológica;
- exames por imagem (RX, ultrassonografia, tomografia, mamografia, ressonância magnética e outros);
- internação hospitalar;
- cirurgia não estética;
- tratamento em reumatologia com medicamento;
- tratamento oncológico (quimioterapia, radioterapia e medicamento oncológico);
- tratamento cardiovascular (cateterismo, dopler, cintilografia e outros);
- tratamento psiquiátrico com internação;
- pronto atendimento médico;
- pronto atendimento - serviços de odontologia;
- serviços de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional;
- orientação nutricional.