



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS
UNIDADES: HRMS, SEDE ADMINISTRATIVA E SIPEM**



REQUERIMENTO

Nome: _____

Matrícula: _____

Função: _____

Setor: _____

Venho, por meio deste fazer opção de:

() Credenciamento

() Não Credenciamento

Junto ao convênio firmado com a CASSEMS, através de desconto em Folha de Pagamento.

Desse Modo, declaro estar ciente que após o desconto em folha, poderei usufruir dos benefícios do referido convênio.

Campo Grande, ____ de _____ de **2020**.

Assinatura do Servidor