



## TERMO DE ADESÃO DO SERVIDOR AO PABSS

NOME:

ÓRGÃO:

MATRÍCULA:

CPF:

TELEFONE:

Eu, \_\_\_\_\_ nomeado (a) no cargo  
de \_\_\_\_\_, pelo Órgão \_\_\_\_\_ opto por  
aderir ao PLANO BÁSICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SOCIAL – PABSS, gerenciado pelo Instituto de Assistência  
à Saúde dos Servidores Públicos do Município de Belém – IASB, na forma das Leis Municipais nºs 4653/1993,  
7984/1999, 8466/2005 e 9286/2017, autorizando o lançamento de débito em minha remuneração da  
contrapartida funcional pelo referido plano.

Belém (PA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

Formulário impresso em 04 vias (via 1 - Servidor, Via 2 – Órgão de lotação, Via 3 – SEMAD, Via 4 – IASB)