**ASSISTENCIA A SAUDE CASSEMS**

Nome do Servidor:

Cargo/Função:

**( )** Opto pela Assistência a Saúde, CASSEMS.

( ) Não optante pela Assistência a Saúde, CASSEMS.

Assinatura do Servidor

Campo Grande/MS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022