



SEMSA

Secretaria Municipal
de Saúde

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS
Av. Professor Nilton Lins, 3259, Bloco D
Parque das Laranjeiras
Manaus/AM – CEP: 69.058-030
www.manaus.am.gov.br

TERMO DE ANUÊNCIA PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS

Eu, _____, portador(a)
da cédula de identidade nº _____, inscrito(a) no CPF nº
_____, bolsista do Programa Mais Saúde Manaus, do curso de

_____,
declaro ciência de que durante minha atuação no PROMAIS enquadro-me como
contribuinte facultativo do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na forma da
Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991¹. **Portanto, fico ciente que é opcional a minha
inscrição neste regime, para fins de recebimento de direitos previdenciários, bem
como da suspensão da bolsa-formação pelo período que perdurar o afastamento,
quando superior a 15 dias ou licença maternidade.**

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno

¹ Artigo 9, inciso V.