

## TERMO DE ADESÃO – OPTANTE



Solicitação de permanência no IPE Saúde

Ao IPE Saúde / Gerência de Planos de Saúde,

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_  
(nome completo) (número do CPF)

Comunico meu desligamento e **solicito minha inclusão na condição de OPTANTE nos termos do §1º Art. 9º da Lei Complementar nº 15.145/2018**, ciente das seguintes condições:

- Manter cadastro atualizado no site do IPE Saúde;
- Não ter débitos pendentes anteriores;
- Ter permanecido na condição de segurado ou dependente nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à minha exclusão, sem interrupções superiores a 30 (trinta) dias;
- **Permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses;**
- **Contribuição mensal** conforme tabela de valores por faixa-etária definida em IN do plano Optante (a partir de 01/10/23);
- Plano será **suspenso** em 30 (trinta) dias corridos de atraso da(s) mensalidade(s) e **cancelado** com atraso de mais de 90 (noventa) dias consecutivos.
- Caso seja constatada a utilização do plano após o meu desligamento, a cobrança das mensalidades como optante retroagirão à data da utilização e não à data da efetiva inscrição como optante.

**Obs:** Os dependentes legais que estavam ativos até o início do afastamento serão reativados sem a necessidade de o segurado fazer novo pedido, ressalvados os dependentes estudantes que não tenham realizado a renovação semestral.

### Dados Pessoais de PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO (com letra de FÔRMA)

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### \* ITEM DE PREENCHIMENTO FACULTATIVO:

- ( ) Solicito adesão ao plano **PAMES INDIVIDUAL**, nos termos da Resolução 002/2018.
- ( ) Solicito adesão ao plano **PAMES FAMILIAR**, nos termos da Resolução 002/2018.
- ( ) Solicito a permanência do(s) dependente(s) que possuía no **PAC**, nos termos da Resolução nº 003/2018.

**Atenção:** Se já estiver inscrito no PAMES, ele será reativado automaticamente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Cidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura