

TERMO DE ADESÃO – DEPENDENTE OPTANTE



Solicitação de permanência no IPE Saúde

Ao IPE Saúde / Gerência de Planos de Saúde,

Eu, _____, CPF _____
(nome completo) (número do CPF)

Solicito minha permanência na condição de DEPENDENTE 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 por período não inferior a 12 (doze) meses;
- **Permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses;**
- **Contribuição mensal de R\$ 514,38;**
- Plano será **suspenso** em 30 (trinta) dias corridos de atraso da mensalidade(s) e **cancelado** com atraso de mais de 90 (noventa) dias consecutivos.

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.

_____, de _____ de _____.
(Cidade)

Assinatura