

## REINGRESSO SERVIDOR/PENSIONISTA ESTADUAL



### Solicitação de Reingresso no IPE Saúde

Ao IPE Saúde / Gerência de Planos de Saúde,

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

Solicito meu REINGRESSO ao IPE Saúde nos termos da Lei Complementar nº 15.145/2018 e da Resolução nº 01/2018, ciente das seguintes condições:

- Manter cadastro atualizado no site do IPE Saúde;
- **Permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses;**
- **Contribuição de mensal 7,2%** sobre o salário de contribuição;
- Haverá exigência do **cumprimento de carências a contar desta solicitação**, conforme abaixo:
  - a) 60 dias para consultas e exames simples;
  - b) 90 dias para os procedimentos ambulatoriais;
  - c) 180 dias para internações clínicas e cirúrgicas, exames e procedimentos de alto custo;
  - d) 300 dias para assistência relativa à gravidez; e
  - e) 24 meses para cobertura de doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes.

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

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

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

#### \* ITEM DE PREENCHIMENTO FACULTATIVO:

- ( ) Solicito adesão ao plano **PAMES INDIVIDUAL**
- ( ) Solicito adesão ao plano **PAMES FAMILIAR**.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura