

TERMO DE ADESÃO - PAC



Solicitação de inclusão de dependente no PAC

Ao IPE Saúde,

Eu, _____, CPF _____,
(nome completo – segurado titular) (número do CPF)

matrícula _____, nos termos da Resolução 003/2018, solicito a adesão de meu
(número do cartão IPE Saúde)

dependente _____, CPF _____,
(nome completo – dependente) (número do CPF)

matrícula _____ ao plano **PAC (Plano de Assistência Complementar)**.
(número do cartão IPE Saúde)

* ITEM DE PREENCHIMENTO FACULTATIVO:

() Também solicito adesão ao plano **PAMES INDIVIDUAL** para meu dependente.

Ciente das seguintes condições:

- Não ter débitos pendentes anteriores;
- Permanência mínima de 12 (doze) meses;
- Contribuição através de consignação na folha de pagamento e, apenas no caso de impossibilidade dessa modalidade de cobrança, mediante boleto bancário;
- Plano será **suspenso** em 30 (trinta) dias corridos de atraso da mensalidade e **cancelado** com atraso de mais de 90 (noventa) dias consecutivos.

- Serão disponibilizados os serviços assistenciais prestados pelo IPE Saúde, **observados os seguintes períodos de carência:**

- 60 dias para consultas e exames simples;
- 90 dias para os procedimentos ambulatoriais;
- 180 dias para internações clínicas e cirúrgicas, exames e procedimentos de alto custo
- 300 dias para assistência relativa à gravidez; e
- 24 meses para cobertura de doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes.

- Ciente das demais disposições contidas na [Resolução nº 03/2018](#).

Não haverá cumprimento de carências para as coberturas assistenciais:

- I – aos dependentes do PAC, se inscritos em até **30 (trinta) dias**, da data da perda da condição de dependentes;
- II – ao neto, se inscrito em até **30 (trinta) dias** da data do nascimento;

_____, de _____ de _____.
(Cidade)

Assinatura