

REQUERIMENTO

A Senhora Diretora-Presidente Interina do IPAM

PRISCILLA BEZERRA GIROTO FARIAS LIMA

Requerente: _____

Tipo de Regime: _____ Secretaria: _____

CPF/CNPJ: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Venho, respeitosamente, à presença de Vossa Senhoria requerer:

REINTEGRAÇÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Declaro estar **ciente e de pleno acordo** com as disposições legais aplicáveis, especialmente:

Nos termos do **art. 13 da Lei Complementar nº 841/2021**, os serviços de saúde prestados aos Usuários Titulares e aos seus respectivos dependentes inscritos **obedecem aos seguintes prazos de carência**:

I – **90 (noventa) dias**, para serviços de internação clínica e cirúrgica, cirurgias e exames de maior complexidade, **excluídas** as consultas e exames laboratoriais de rotina;

II – **300 (trezentos) dias**, para realização de **parto**.

Conforme dispõe o **art. 13, §1º, da Lei Complementar nº 841/2021**, aos Usuários Titulares e Dependentes que requererem sua **exclusão da assistência médica**, será exigida **carência de 180 (cento e oitenta) dias** entre o desligamento e eventual novo ingresso, **sem prejuízo da observância das carências previstas nos incisos I e II**.

Nos termos do **art. 13, §2º, da Lei Complementar nº 841/2021**, as despesas decorrentes da utilização de serviços de saúde **durante o período de carência** são de **inteira responsabilidade do Usuário**.

Nos termos do **art. 13, §3º, da Lei Complementar nº 841/2021**, **não se transferem prazos de carência já cumpridos** por um usuário para outro, ainda que exista vínculo de dependência.

Nos termos do **art. 13, §4º, da Lei Complementar nº 841/2021**, a carência será **desconsiderada em caso de extrema urgência e risco de morte**, desde que devidamente comprovados por **laudo médico e atestados pela Auditoria Médica do IPAM**.

Nos termos do **art. 13, §5º, da Lei Complementar nº 841/2021**, não será exigido período de carência do **recém-nascido, filho natural ou adotivo**, desde



que a inscrição ocorra no prazo máximo de **30 (trinta) dias** a contar da realização do parto ou adoção.

Nos termos do **art. 13, §6º, da Lei Complementar nº 841/2021**, é **vedada a antecipação de contribuição** com o objetivo de abreviar o período de carência.

Nos termos do **art. 13, §7º, da Lei Complementar nº 841/2021**, não será exigida carência ao servidor que aderir à assistência à saúde **em decorrência de portabilidade de outros planos de saúde**.

**Nestes Termos,
Pede-se e espera deferimento.**

Porto Velho-RO, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) Requerente/Procurador (a)



DOCUMENTAÇÃO PARA REINTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA :

- REQUERIMENTO DE REINTEGRAÇÃO;
- RG E CPF DO(A) TITULAR;
- CONTRA CHEQUE ATUALIZADO;
- FIS (SOLICITAR NO CADASTRO/DICAGE PRESENCIAL ou WHATSAPP)

QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM ESTE SETOR DE CADASTRO 69 2181-1364
(WHATSAPP) EMAIL: dicage@ipam.ro.gov.br

