

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:

☐ **CANCELAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

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

Nos termos do **art. 8º, §1º, inciso VI, e §2º, da Lei Complementar nº 841/2021**, a solicitação de desligamento do IPAM-SAÚDE deve ser efetuada com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias**, período durante o qual **os descontos permanecerão sendo efetuados regularmente**.

Conforme dispõe o **art. 13, §1º, da Lei Complementar nº 841/2021**, o desligamento da assistência médica **implica a exigência de carência de 180 (cento e oitenta) dias** para eventual novo ingresso, **sem prejuízo da observância das demais carências legais**.

Havendo **saldo devedor de Elemento Moderador – ELMO no momento da desfiliação**, e **permanecendo vínculo ativo com o Município de Porto Velho**, o valor devido **deverá ser ressarcido ao Instituto**, nos termos do **art. 3º do Decreto nº 17.216/2021**, observado o **limite de até 30% (trinta por cento)** incidente sobre a remuneração, considerados os descontos obrigatórios previstos em lei.

Parágrafo único. A desfiliação, voluntária ou não, do filiado e/ou de seus dependentes do IPAM-SAÚDE **acarretará a conversão do saldo devedor do Elemento Moderador à razão de 100% (cem por cento)** das despesas médico-hospitalares, odontológicas, ambulatoriais, laboratoriais, bem como dos materiais empregados nos serviços utilizados pelo ex-filiado, nos termos do **art. 1º e Anexo I, itens I, II e III, do Decreto nº 17.216/2021**.

Estou ciente de que, caso venham a ser identificadas despesas referentes ao Elemento Moderador – ELMO relativas ao período em que permaneci ativo(a) no IPAM-SAÚDE, os valores correspondentes serão devidamente descontados, conforme a legislação vigente.



Comprometo-me a apresentar a carteira original do IPAM-SAÚDE, ciente de que a sua não devolução poderá ensejar a responsabilização integral por eventuais despesas decorrentes de uso indevido após o desligamento.

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

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

Assinatura do (a) Requerente/Procurador (a)



DOCUMENTAÇÕES PARA CANCELAMENTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA:

- **REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO;**
- **RG E CPF DO(A) TITULAR;**
- **CONTRACHEQUE ATUALIZADO;**
- **FIS (SOLICITAR NO CADASTRO/DICAGE PRESENCIAL ou WHATSAPP)**

QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM ESTE SETOR DE CADASTRO 69 2181-1346 (WHATSAPP) EMAIL: dicage@ipam.ro.gov.br

