

REQUERIMENTO

A Senhora Diretora-Presidente Interina do IPAM
PRISCILLA BEZERRA GIROTO FARIAS LIMA

Requerente: _____

Tipo de Regime: _____ Secretaria: _____

CPF/CNPJ: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Vem a presença de Vossa Senhoria requerer:

() Exclusão de Dependente(s) _____

Declaro que estou ciente do Art. 8, § 1º, da Lei Complementar nº 841/2021 que estabelece: ***a solicitação de desligamento do IPAM-SAÚDE, deve ser efetuada com antecedência de 60 (sessenta) dias.*** Dessa forma, o desconto continuará sendo realizado nesse período.

Também estou ciente do Art. 13, II, §1, da Lei Complementar nº 841/2021 que dispõe: ***Aos usuários, titulares e dependentes, que requererem sua exclusão da assistência médica, será exigida carência de 180 (cento e oitenta) dias entre o seu desligamento e eventual novo ingresso, sem prejuízo da observância das carências estabelecidas nos incisos I* e II **deste artigo.***

****O inciso I, do art. 13 estabelece carência de 90 dias, para serviços de internação clínica e cirúrgica, cirurgias e exames de maior complexidade;***

*****O inciso II, estabelece carência de 300 dias, para realização de parto.***

Nestes Termos,
Pede-se Deferimento.

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

Assinatura do (a) Requerente/Procurador (a)



DOCUMENTAÇÃO PARA EXCLUSÃO DE DEPENDENTE:

- **REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTE;**
- **RG E CPF DO(A) TITULAR;**
- **CONTRACHEQUE ATUALIZADO;**
- **FIS (SOLICITAR NO CADASTRO/DICAGE PRESENCIAL ou WHATSAPP)**
- **NO CASO DE SEPARAÇÃO, JUNTAR A AVERBAÇÃO DE DIVÓRCIO. (SE HOVER).**

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