



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

A Sua Excelência o Senhor
Prefeito Municipal
Nova Araçá – RS
CNPJ CONTRATANTE: 87.502.902/0001-04

REQUERENTE	
NOME	
CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO	
MATRÍCULA	
DATA DE NASCIMENTO	
CPF	
ESTADO CIVIL	
SEXO	() F () M
JÁ POSSUI PLANO DE SAÚDE	() NÃO () SIM QUAL?

REQUERIMENTO
Termo de Adesão e Ajuste Específico ao Sistema IPE SAÚDE A contar de: 1º / ____ / ____ Venho requerer a minha inclusão, em meus registros funcionais, para fins de desconto em folha de pagamento, conforme dispõe a Lei Municipal nº 3.823, de 4 de junho de 2025:

Na condição de SEGURADO vinculado à pessoa jurídica CONTRATANTE acima qualificada, solicito, por meio deste instrumento, com base no § 2º do art. 37 da Lei Complementar nº 15.145, de 5 de abril de 2018 e Instrução Normativa IPE Saúde nº 04, de 17 de fevereiro de 2025, a minha inclusão no Sistema IPE Saúde.

Declaro ter pleno conhecimento de todas as condições estabelecidas no contrato de prestação de assistência à saúde celebrado entre o IPE Saúde e o contratante, não restando qualquer dúvida a respeito das suas características e das regras contratuais a ele atinentes, e ciente que:

1. Na condição de usuário do Sistema IPE Saúde não possuo qualquer vínculo contratual com o IPE Saúde, apenas me benefico da cobertura assistencial oferecida.
2. A aprovação da adesão cadastral dependerá da comprovação do vínculo com o Contratante e do preenchimento dos requisitos legais e regulamentares para inscrição dos respectivos dependentes, sendo que a habilitação dos dependentes será feita perante o Instituto, mediante apresentação da documentação e adoção dos procedimentos por ele indicados.
3. Sou o único responsável pela autenticidade dos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aprovação da adesão, na manutenção dos respectivos cadastros ou no valor mensal da contribuição, sabendo que omissões ou

dados errôneos poderão acarretar a suspensão ou cancelamento do direito à utilização dos benefícios assistenciais, bem como os do(s) meu(s) dependente(s).

4. A utilização dos benefícios de assistência à saúde disponibilizados pelo Sistema IPE Saúde está condicionada cumulativamente: a) ao encaminhamento ao Contratante do presente Termo de Adesão e de Ajuste Específico ao Sistema IPE Saúde devidamente preenchido e assinado; b) à aprovação da adesão cadastral pelo IPE Saúde; c) à realização da habilitação nos sistemas do IPE Saúde; d) ao pagamento da primeira contribuição e efetivo repasse pelo Contratante dos valores respectivos ao IPE Saúde e e) ao cumprimento das carências estabelecidas na Resolução IPE Saúde nº 01, de 19 de maio de 2021.

5. Os prazos de carência estão estabelecidos na Resolução IPE Saúde nº 01, de 19 de maio de 2021, e terão início a partir da data do efetivo repasse ao IPE Saúde do pagamento da primeira contribuição, desde que confirmada a habilitação nos sistemas do IPE Saúde, sendo que os prazos de carência se referem aos períodos nos quais nem eu nem meu(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento das contribuições.

6. Será aceita a portabilidade de carências de planos privados para fins de cumprimento dos prazos de carência estabelecidos pelo IPE Saúde, nos termos da Resolução IPE Saúde nº 01, de 19 de maio de 2021.

7. O cartão do IPE Saúde, acompanhado de documento de identificação do usuário, é condição essencial para a utilização dos serviços e exercício dos direitos estabelecidos neste Termo, na Lei Complementar nº 15.145/2018 e nos demais regulamentos expedidos pelo Instituto.

8. A análise do enquadramento para fins de cumprimento de carência relacionada às lesões e doenças preexistentes é de responsabilidade do IPE Saúde.

9. Após a aprovação cadastral do segurado titular e seus dependentes, passarão a ser considerados usuários do Sistema IPE Saúde.

10. Devo possuir conta vinculada à plataforma Gov.br para plena utilização dos serviços de assistência disponibilizados pelo IPE Saúde.

11. Os valores das contribuições serão estabelecidos em tabela, conforme faixa etária do usuário. A Tabela de Contribuição será reajustada e revisada periodicamente a fim de garantir o equilíbrio econômico e financeiro do contrato, sendo que eventual alteração de valores, seja por reajuste, revisão, ou mudança de faixa-etária, passará a vigor na competência imediatamente posterior, independentemente de notificação individualizada aos usuários.

12. A abrangência territorial da cobertura assistencial do Sistema IPE Saúde está restrita ao Estado do Rio Grande do Sul e a cobertura assistencial à saúde dos usuários vinculados ao Contratante será a mesma disponibilizada pelo Plano Principal aos servidores públicos estaduais e seus dependentes.

13. A lista de prestadores credenciados está disponibilizada no sítio do IPE Saúde www.ipesaude.rs.gov.br para livre consulta e escolha do profissional e entidades credenciadas.

14. Os serviços disponibilizados pelo Sistema IPE Saúde não contemplam atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

15. Os usuários vinculados ao Contratante suportarão o pagamento de parte das despesas com consultas, exames complementares, serviços ou procedimentos, a título de coparticipação, em percentual correspondente à maior categoria vigente.

16. Exigência da permanência mínima de 24 (vinte e quatro meses) no plano, nos termos do artigo 34, caput, da Lei Complementar nº 15.145/2018, a fim de preservar o equilíbrio financeiro, econômico e atuarial do IPE Saúde. Eventual solicitação de exclusão espontânea antes desse período sujeitará o usuário ao pagamento de multa em valor equivalente a 15% do valor das mensalidades faltantes para completar 24 contribuições de permanência, ressalvada a ocorrência das hipóteses de perda da qualidade de segurado ou de dependente expressas na presente Instrução Normativa.

17. Os usuários do Sistema IPE Saúde terão direito, em caso de internação hospitalar, à cobertura para acomodação semi-privativa, e que a possibilidade do benefício da acomodação privativa está condicionada à opção pelo Plano de Assistência Médica Suplementar - PAMES, e a disponibilidade de leito na rede credenciada, o qual está regulamentado por normativa específica, mediante o pagamento da respectiva contribuição.

18. Na hipótese da minha exclusão, todos os dependentes a mim vinculados também serão excluídos.

19. É da responsabilidade do Contratante fazer o repasse dos recolhimentos dos pagamentos das contribuições ao IPE Saúde tempestivamente, sob pena de suspensão dos serviços prestados, respondendo perante seus segurados e respectivos dependentes por quaisquer danos decorrentes da inadimplência do repasse dos valores ao Instituto.

20. Os serviços de assistência à saúde serão suspensos após o decurso de mais de 30 (trinta) dias, a contar do prazo em que o Contratante teria de realizar os pagamentos das contribuições para o IPE Saúde, sem que haja o devido adimplemento.

21. Decorrido mais de 90 (noventa) dias do inadimplemento dos recolhimentos das contribuições, dar-se-á por rescindido de pleno direito o contrato entabulado entre o IPE Saúde e a Entidade Contratante, respondendo este pelos recolhimentos das contribuições no período em que os serviços estiveram disponíveis e, uma vez regularizadas as contribuições, a vigência do contrato será restabelecida.

22. É de exclusiva responsabilidade do Contratante ao que estou vinculado o repasse das contribuições ao IPE Saúde e o envio das minhas alterações funcionais que possam ter impacto na fruição do IPE Saúde e me comprometo a manter atuais as informações referentes aos meus dependentes que, de igual modo, possam impactar na fruição do IPE Saúde.

23. Meus dados pessoais e médicos e dos meus dependentes sejam compartilhados com a rede credenciada do Sistema IPE Saúde, nas hipóteses relativas à prestação de serviços de saúde e de assistência à saúde, incluídos os serviços auxiliares de diagnose e terapia, bem como que a rede credenciada repasse meus dados pessoais ao IPE Saúde.

24. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado a receber os extratos contendo os meus gastos e dos meus dependentes, sob condição de anonimato.

25. Para continuar usufruindo do acesso ao IPE Saúde nos casos de perda da qualidade de segurado titular ou de dependente, os usuários: (I) se originalmente segurados, deverão promover sua inscrição como optante, nos termos do artigo 9º, §1º, da Lei nº 15.145/2018; (II) se originalmente dependentes, poderão, conforme o caso, promover sua inscrição como dependente optante, nos termos do artigo 9º, §1º, da Lei nº 15.145/2018, ou promover sua inscrição como pensionista, caso segurado pelo Regime Próprio de Previdência.

26. Devo informar expressamente ao IPE Saúde e ao Contratante toda e qualquer alteração cadastral minha e dos meus dependentes, bem como a eventual perda de tais condições.

27. Devo encaminhar prontamente ao Contratante ou ao próprio IPE Saúde, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

28. Os demais regramentos referentes aos serviços disponibilizados pelo Sistema IPE Saúde, que não constam expressamente deste Termo, estão disciplinados na Instrução Normativa IPE Saúde nº 04, de 17 de fevereiro de 2025 (Contratantes), Resolução IPE Saúde nº 01, de 19 de maio de 2021, Resolução IPE Saúde nº 02, de 4 de outubro de 2018 (PAMES) e Lei Complementar nº 15.145/2018, no que couber.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e manifesto ciência de que a inscrição de meu(s) dependente(s) deve ser solicitada na Pessoa Jurídica na qual estou vinculado mediante encaminhamento dos documentos e adoção dos procedimentos por ele indicados.

Declaro receber, neste ato, cópia do Termo de Adesão e Ajuste Específico, e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) usuário, de responsabilidade do IPE Saúde, serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aprovados e nossos registros estejam regularizados no Sistema IPE Saúde.

Por fim, responsabilizo-me civil e criminalmente pela autenticidade dos dados, informações prestadas e das assinaturas lançadas neste Termo de Adesão e de Ajuste Específico.

Nestes termos, pede deferimento.

Nova Araçá, ____ de _____ de _____.

REQUERENTE