

## 1. DADOS DO SOLICITANTE DO CANCELAMENTO

Nome:

C.P.F.:

E-mail Pessoal:

Tel.:

Órgão Lotado:

Tipo de Cancelamento

- ☐ Como TITULAR solicito o cancelamento do meu plano.  
☐ Como DEPENDENTE solicito o cancelamento do meu plano.  
☐ Como TITULAR solicito o cancelamento do plano do meu DEPENDENTE

**\* Ao cancelar o TITULAR todos os DEPENDENTES a ele vinculados serão cancelados automaticamente.**

## 2. DADOS DO(S) DEPENDENTE(S) A SEREM CANCELADOS

Nome

C.P.F.



## 3. MOTIVO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Motivo Financeiro                        | <input type="checkbox"/> Descontentamento com a rede de prestadores de serviço                       |
| <input type="checkbox"/> Possui outro plano de saúde              | <input type="checkbox"/> Portabilidade para outra operador:- Qual: <input type="text"/>              |
| <input type="checkbox"/> Separação/ Divórcio                      | <input type="checkbox"/> Insatisfação com atendimento do IPESAÚDE <input type="checkbox"/> Prestador |
| <input type="checkbox"/> Não utiliza o plano                      | <input type="checkbox"/> Mudança/viagem para o exterior  |
| <input type="checkbox"/> Óbito – Data óbito: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Outro- Qual: <input type="text"/>   |

## 4. SOBRE O CANCELAMENTO

Estou ciente que:

**I - A solicitação do cancelamento poderá ser desfeita desde que seja solicitada a reativação até o último dia do mês do cancelamento.**

**II - O cancelamento da inscrição do titular implicará o cancelamento da inscrição de todos os dependentes a ele vinculados.**

**III - Como titular do plano, comprometo-me informar aos dependentes a cerca do seu cancelamento.**

**IV** – A partir do cancelamento do plano, o acesso aos serviços on-line por meio da página do portal e aplicativo do IPESAÚDE será encerrado, ficando o beneficiário impossibilitado deste acesso enquanto permanecer com o plano cancelado.

**V** – A data de cancelamento a ser considerada para todos os fins será a data da assinatura do termo.

**VI** – Após o cancelamento do plano não haverá possibilidade de utilização dos serviços fornecidos pelo IPESAÚDE.

**VII** – Os dados tratados pelo IPESAÚDE estão protegidos de acordo com a Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

#### **Lei nº 9.226 de 28 de Junho de 2023**

**Art.31º** O beneficiário do IPESAÚDE, titular ou dependente, que tiver a sua inscrição cancelada, de acordo com as hipóteses previstas nesta Lei, deve respeitar o período de 180 (cento e oitenta) dias para nova possibilidade de adesão, se desejar, sem prejuízo da necessidade de regularização de débitos, se for o caso, bem como de respeito aos prazos de carência definido no art. 45 desta lei.

Obs.: Não haverá possibilidade de realizar uma nova adesão de dependentes na condição de NETO(A) após o seu cancelamento previsto no Art. 14 desta lei.

#### **Regulamento Geral do Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe**

**09** – A solicitação para cancelamento da adesão poderá ser realizada de forma presencial na sede do IPESAÚDE ou pelo Portal do Beneficiário, pelo titular do plano. I – Em relação ao cancelamento dos dependentes, o beneficiário dependente capaz e maior de 18 (dezoito) anos, poderá realizar o próprio cancelamento; já em relação ao beneficiário dependente incapaz ou menor de 18 (dezoito) anos, o cancelamento deverá ser feito por seu responsável legal.

**10** – Para solicitação de cancelamento deverão ser apresentados os seguintes documentos: a) Requerimento assinado de forma legível (assinatura compatível com o documento de identificação apresentado); b) Documento de identificação do solicitante: RG E CPF. Parágrafo único – Para a solicitação de cancelamento de adesão do dependente, por motivo de óbito do dependente, somente é necessária a apresentação do documento de identificação do solicitante e da certidão de óbito do falecido.

**11** – Após a solicitação de cancelamento, mediante apresentação da documentação necessária, o IPESAÚDE terá o prazo de até 24 (vinte e quatro horas) para conclusão do processo.

**12** – Para os beneficiários vinculados aos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta, dos Poderes Constituídos do Estado de Sergipe – Executivo, Legislativo e Judiciário, do Tribunal de Contas, da Defensoria Pública e do Ministério Público Estaduais, a solicitação do cancelamento precisa ser feita até o último dia útil do mês para que haja a suspensão do desconto no mês subsequente.

**13** – Aos beneficiários vinculados às Prefeituras e Câmaras conveniadas, a solicitação do cancelamento deverá ser feita até o dia 10 de cada mês para que haja a suspensão do desconto no mês do cancelamento.

**15 – A solicitação do cancelamento poderá ser desfeita desde que seja solicitada a reativação até o último dia do mês do cancelamento.** Ultrapassando esse prazo, o beneficiário só poderá retornar ao IPESAÚDE após decorridos 180 (cento e oitenta) dias, conforme art. 31 da Lei nº 9.226/2023.

## 5. SOBRE CARÊNCIA

### Lei nº 9.226 de 28 de Junho de 2023

**Art. 43º** Todos os beneficiários, titulares e dependentes, ficam sujeitos aos seguintes períodos de carência:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA
Atendimento de urgência e emergência no Serviço de Pronto Atendimento definido pelo IPESAÚDE	Sem carência <b>Após emissão da carteirinha</b>
Consultas, exames laboratoriais, exames de diagnósticos, com ou sem regulação prévia (exceto Tomografia e Ressonância Magnética) e Radiologia	30 dias
Tomografia, Densitometria Óssea, Ressonância Magnética, Cateterismo Cardíaco, Fisioterapia, Hemodiálise, Acupuntura, Quimioterapia, Psicoterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e outras terapias	180 dias
Cirurgias ambulatoriais eletivas	180 dias
Partos (normal ou cesárea)	300 dias
Tratamentos, internações e cirurgias decorrentes de doenças e lesões preexistentes	24 meses

**§ 2º** O beneficiário do IPESAÚDE, titular ou dependente, que vier a ter a sua inscrição regularmente cancelada, conforme previsto nesta Lei, por qualquer período, fica sujeito, quando do seu retorno, se for o caso, aos períodos de carência, conforme os procedimentos indicados no “caput” deste artigo.

/SE,

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante ou responsável legal

Atendente: