



Prefeitura Municipal de Rio Pardo
Secretaria da Administração - Setor de Pessoal

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO OU CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Eu, _____
CPF: _____, RG: _____, servidor(a)
do Município de Rio Pardo, solicito a minha inclusão, exclusão e/ou
cancelamento ao Plano de Saúde (IPE-SAUDE) junto a esta
municipalidade, autorizando desta forma, o desconto proporcional a 6,8%
sobre minha remuneração.

INCLUSÃO

EXCLUSÃO

REINCLUSÃO

NÃO QUERO IPE

Rio Pardo, ___ de _____ de 20__

Assinatura do Requerente

Carências - IPE SAÚDE

- * Consultas e exames - 60 DIAS
- * Procedimentos ambulatoriais - 90 DIAS
- * Internações clínicas e cirúrgicas, exames e procedimento de alto custo - 180 DIAS
- * Assistência relativa a gravidez - 300 DIAS
- * Doenças ou lesões congênitas preexistentes - 24 MESES

Setor de Convênios com os Municípios - IPE Saúde

Fone : (51)3210-5701 / 5703 / 5704

Atendimento: das 9h às 17hs