



Anexo I

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO / INCLUSÃO

() INSCRIÇÃO DO TITULAR

() INCLUIR DEPENDENTE DIRETO

() Cônjuge () Companheiro(a) () Filho menor de 18 anos () Filho curatelado () Filho inválido solteiro () Menor sob guarda judicial () Enteadado

() INCLUIR DEPENDENTE INDIRETO

() Filho maior de 18 anos () Pais com mais de 50 anos () Irmão menor não emancipado () Parente até o 3º grau, com curatela judicial

NOME DO TITULAR	
CPF	
RG	
LOTAÇÃO DO TITULAR	
MATRÍCULA DO TITULAR	
FONE e E-MAIL	
SITUAÇÃO	() EFETIVO () CONTRATO () COMISSIONADO () APOSENTADO () PENSIONISTA () EX SERVIDOR () PRECEPTOR / ESTAGIÁRIO / BOLSISTA () LICENÇAS DIVERSAS
ENDEREÇO:	
NOME DO DEPENDENTE	
IDADE DO DEPENDENTE	
CPF	
RG	

Nesse ato requero a inscrição e/ou inclusão acima descrita no plano de assistência do VIDA+GURUPI, nos moldes da Lei Municipal 2.656/2023 e da portaria 058/2023.

- Declaro que estou ciente da tabela de contribuição incidente sobre titular e cada dependente conforme portaria 116/2025, bem como das vedações de coberturas especificadas na portaria nº. 054/2023, conforme termo de adesão e ciência em anexo.
- Estou ciente da obrigação de juntar cópias de documentos para comprovar o pedido, sob pena de indeferimento.

Nesses termos

Pede Deferimento

Gurupi-TO, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Requerente/Titular



Anexo II

TERMO DE ADESÃO E CIÊNCIA

NOME COMPLETO	
CPF	
RG	
LOTAÇÃO DO TITULAR	
MATRÍCULA DO TITULAR	
FONE e E-MAIL	
SITUAÇÃO	() EFETIVO () CONTRATO () COMISSIONADO () APOSENTADO () PENSIONISTA () EX SERVIDOR () PRECEPTOR / ESTAGIÁRIO / BOLSISTA () LICENÇAS DIVERSAS
ENDEREÇO:	

Manifesto interesse de realizar a inscrição no VIDA+GURUPI, de forma individual ou em conjunto com dependentes.

- Estou ciente do teor da Lei Municipal nº 2.656 de 04 de agosto de 2023, que o **VIDA+GURUPI não é plano de saúde**, sendo instituto de assistência, podendo inclusive estabelecer limites de atendimento.
- Estou ciente dos valores de contribuições estabelecidos na Portaria 116/2025, e que os mesmos podem ser alterados, conforme a necessidade de equilíbrio financeiro do Instituto;
- Estou ciente das restrições de coberturas do Instituto, especialmente daquelas vedações estabelecidas na Portaria 054/2023, não podendo alegar desconhecimento das limitações de coberturas, tanto para o titular, quanto para os dependentes;
- Estou ciente de que, conforme portaria mencionada no item anterior, são alguns tratamentos/procedimentos excluídos da cobertura do VIDA+GURUPI, a exemplo: Tratamento oncológico, UTI, *Home Care*, cirurgia bariátrica, transplante, hemodiálise e diálise, cirurgias de alta complexidade (cardíaca, neurológica, vascular, etc.), mamoplastia ou qualquer procedimento estético, dentre outros listados na Portaria nº. 054/2023.
- Estou ciente de que, a inclusão de dependente indireto deverá cumprir os requisitos previsto no artigo 12º da Lei Nº 2656/2023, sob pena de indeferimento;
- Estou ciente de que, estes dependentes mencionado no item anterior deverão realizar atualização cadastral anualmente, sob pena de exclusão mediante aviso prévio.
- Estou ciente da responsabilidade de efetuar as contribuições mensais, sob pena de suspensão das coberturas.
- Estou ciente da responsabilidade de efetuar o pagamento da coparticipação diretamente para o credenciado, valor que pode variar entre 30% e 40% do valor dos serviços oferecidos.
- Estou ciente que serviços oferecidos pelo IPASGU não serão reembolsados quando realizados em outros prestadores de serviços.

Gurupi-TO, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Requerente/Titular

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO

() **EXCLUIR TITULAR E TODOS OS DEPENDENTES**

() **EXCLUIR DEPENDENTE DIRETO**

() Cônjuge () Companheiro(a) () Filho menor de 18 anos () Filho curatelado () Filho inválido solteiro () Menor sob guarda judicial () Enteadado

() **EXCLUIR DEPENDENTE INDIRETO**

() Filho maior de 18 anos () Pais com mais de 50 anos () Irmão menor não emancipado () Parente até o 3º grau, com curatela judicial

NOME DO TITULAR	
CPF	
RG	
MATRÍCULA DO TITULAR	
FONE e E-MAIL	
ENDEREÇO:	
NOME DO DEPENDENTE A SER EXCLUÍDO	
CPF	
RG	

Nesse ato requero a EXCLUSÃO acima descrita no plano de assistência do VIDA+GURUPI, nos moldes da Lei Municipal 2.656/2023.

- Declaro e estou ciente que após o requerimento **serão excluídos todos os usuários constantes no cadastro das coberturas do instituto, no prazo de até 24 horas** após o protocolo do pedido.
- Estou ciente de que em caso de desligamento:
 - eventuais parcelamentos de coparticipação terão o vencimento antecipado e serão automaticamente pagas no ato do desligamento/rescisão ou sujeitos a cobrança judicial.
 - assumo a responsabilidade pelo pagamento de eventuais coparticipações lançadas posterior ao desligamento, referente a serviços executados até a data do requerimento de desligamento;
 - o titular e dependentes são solidariamente responsáveis perante o Instituto, pelo pagamento de débitos pendentes.
- Estou ciente de que **nova inscrição/inclusão estará sujeita a novo período de carência.**

Nesses termos

Pede Deferimento

Gurupi-TO, ____de _____de 20____.

Assinatura do Requerente/Titular