

REQUERIMENTO DE:	() ADESÃO () INCLUSÃO
TIPO DE ACOMODAÇÃO	() PLANO PADRÃO () PLANO ESPECIAL

DADOS DO TITULAR

NOME:			
MÃE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
DATANASC: ____/____/____	SEXO: M () F ()	RG:	CPF:
TEL:	CEL:	E-MAIL:	
MATRÍCULA:	ORGÃO:	LOTAÇÃO:	CARGO:

DEPENDENTE () acomodação segue a do titular AGREGADO () PLANOPADRÃO () PLANOESPECIAL () Marcar acomodação somente em caso de Agregado.

NOME:			
DATANASC: ____/____/____	SEXO: M () F ()	RG:	CPF:
MÃE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TEL:	CEL:	E-MAIL:	

DEPENDENTE () acomodação segue a do titular AGREGADO () PLANOPADRÃO () PLANOESPECIAL () Marcar acomodação somente em caso de Agregado.

NOME:			
DATANASC: ____/____/____	SEXO: M () F ()	RG:	CPF:
MÃE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TEL:	CEL:	E-MAIL:	

DEPENDENTE () acomodação segue a do titular AGREGADO () PLANOPADRÃO () PLANOESPECIAL () Marcar acomodação somente em caso de Agregado.

NOME:			
DATANASC: ____/____/____	SEXO: M () F ()	RG:	CPF:
MÃE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TEL:	CEL:	E-MAIL:	

DEPENDENTE () acomodação segue a do titular AGREGADO () PLANOPADRÃO () PLANOESPECIAL () Marcar acomodação somente em caso de Agregado.

NOME:			
DATANASC: ____/____/____	SEXO: M () F ()	RG:	CPF:
MÃE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TEL:	CEL:	E-MAIL:	

() Retirada Parcial de carência em razão de já ter sido beneficiário do Mato Grosso Saúde. (Consultas e Exames simples)

Obs: A contagem da carência é individual e será efetuada após o pagamento da primeira contribuição.

Obs: Titular deve vistar páginas 2 a 4.

ATENDIDO POR:	Visto: _____
---------------	--------------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES AOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO – Parte integrante da adesão ou retorno ao MATO GROSSO SAÚDE:

1) INCLUSÃO DO RECEM-NASCIDO OU ADOTADO:

Deverá ser efetuada no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da realização do parto ou da adoção, para que acompanhe as carências do beneficiário titular. Ultrapassado esse prazo a carência será contada individualmente.

2) CONTINUIDADE E/OU ADEÇÃO DE FILHO(A) MAIOR DE 18 ANOS E SOLTEIRO(A):

Para o dependente que completar a maioridade civil e que permaneça solteiro (a) poderá aderir ao Mato Grosso Saúde, na condição de agregado, e as mensalidades serão cobradas de acordo com a faixa etária em que se enquadrar. Para fins de comprovação do estado civil em que se encontra, deverá apresentar Certidão de Nascimento original / atualizada, ou seja, com prazo máximo de expedição de até 90 (noventa) dias.

3) AO TITULAR QUE VENHA A PERDER A CONDIÇÃO DE SERVIDOR PÚBLICO:

3.1) Terá o prazo máximo de, até, 30 (trinta) dias a contar da data da sua exoneração para solicitar a sua permanência, de seus dependentes e agregados no Plano, onde todos contribuirão de acordo com a faixa etária.

3.2) Os pagamentos das contribuições mensais, coparticipações e demais valores serão efetuados pelos beneficiários por meio de boleto bancário ou outras formas que venham a ser definidas pelo MATO GROSSO SAÚDE. Art. 10 da LC 539/2014.

4) ROL DE PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO MATO GROSSO SAÚDE – ARTIGO 2º DO DECRETO 5729, DE 17 DE MAIO DE 2005:

Art. 2º Serão cobertos pelo PLANO MATO GROSSO SAÚDE todos os procedimentos especificados no Rol de Procedimentos dos Planos Ambulatoriais, Hospitalar e Hospitalar com Cobertura Obstetrícia, observando-se no que couber, a lei 9.656/98, nas seguintes coberturas:

I - consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

III - internações hospitalares, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

IV - internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente;

V - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI - exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII - toda e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista neste regulamento;

VIII - despesas de um acompanhante, no caso de pacientes menores de 12 (doze) anos e igualou maior de 60 (sessenta) anos;

IX - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Usuário Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30

(trinta) dias após o parto;

X - transplantes de rim e córnea;

XI - transtornos psiquiátricos e dependência química dentro das seguintes limitações conforme Resolução nº 11/98 do CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, garantindo:

a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

c) o tratamento básico é aquele prestado por médico, incluindo cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

d) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

e) o custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

XII - fonoaudiologia e psicologia;

§ 1º A Assistência mencionada neste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde do Usuário;

§ 2º Todos os procedimentos cobertos deverão ser solicitados somente por médicos e autorizados previamente pelo MATO GROSSO SAÚDE;

§ 3º Todos os procedimentos serão pagos com base nas tabelas adotadas pelo MATO GROSSO SAÚDE;

§ 4º O MATO GROSSO SAÚDE poderá conveniar-se com outras entidades de Assistência à Saúde, em todo território nacional, visando atender a cobertura referida no "caput" deste artigo.

§ 5º O preço da diária compreende apenas o aposento, a alimentação do doente e os cuidados de enfermagem;

§ 6º Nos casos de urgência e emergência ocorridos quando o usuário estiver em outro Estado, o atendimento será feito, mediante autorização prévia do MATO GROSSO SAÚDE, observado o disposto no § 3º do artigo 10;

§ 7º A assistência prevista no parágrafo anterior será prestada nos locais em que o MATO GROSSO SAÚDE possuir rede credenciada, ou nos locais onde existir assistência à saúde fornecida pelos convênios de reciprocidade;

§ 8º A assistência prevista nos incisos IV e X, serão prestadas através de convênios e critérios específicos, definidos pelo MATO GROSSO SAÚDE;

§ 9º As despesas com acompanhantes, previstas no inciso VIII, quando o paciente for igualou maior de 60 (sessenta) anos, serão pagas somente quando houver indicação médica;

5) ROL DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO MATO GROSSO SAÚDE – ARTIGOS 3º E 4º DO DECRETO 5729, DE 17 DE MAIO DE 2005:

Art. 3º Excluem-se da assistência prevista no art. 2º neste regulamento

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, abração química, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - cirurgia de acne, fulguração de telangiectasias, gesso sintético;

IV - tratamentos relacionados com métodos de anticoncepção e infertilidade e suas consequências, inseminação artificial, procedimentos de esterilização, tratamentos de impotência;

V - fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados ou medicamentos não reconhecidos por órgão governamental competente;

VI - medicamento não constante de fatura hospitalar;

VII - aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles necessários em regime de internação hospitalar;

VIII - consultas, serviços de enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

IX - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao atocirúrgico;

X - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI - doenças e acidentes provocados por ato ou operação e guerra e qualquer outra perturbação da ordem pública, envenenamento e exposição à radioatividade ou radiação de qualquer natureza de caráter coletivo, casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII - medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo;

XIII - exames do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e de Acidente de Trabalho;

XIV - tratamento de senilidade, rejuvenescimento, emagrecimento, repouso, convalescença e suas consequências;

XV - tratamentos em clínicas de repouso, de emagrecimento, em estâncias hidrominerais ou hidrotermais, ou outros tipos de internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar; ou outros tipos de internações que não necessitem de cuidados médico em ambiente hospitalar;

XVI - transplantes, exceto os de rim e córnea;

XVII - cirurgia plástica com exceção das decorrentes de acidentes ou da reconstrutiva da mama decorrente de câncer; XVIII - "check-up" preventivo, sob regime de internação hospitalar;

XIX - condicionamento físico, exceto em caráter temporário, decorrente de lesões traumáticas;

XX - atos ilícitos e suas consequências imediatas ou tardias, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e alterações do corpo;

XXI - excimer laser e demais cirurgias refrativas;

XXII - despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar;

XXIII - despesas com acompanhantes no caso de internação em apartamento para pacientes com idade igual ou superior a 12 (doze) anos e inferior a 60 (sessenta) anos;

XXIV - doenças ou lesões pré-existentes no caso de agregados; XXV - procedimentos, serviços e exames não previstos no artigo 2º;

§ 1º O Usuário que der causa a despesas médicas e hospitalares não cobertas pelo Plano, responderá pela totalidade das respectivas obrigações financeiras junto ao MT Saúde;

§ 2º Serão pagas pelo Usuário ao MATO GROSSO SAÚDE, as diferenças de preços das tabelas dos serviços médicos e dos estabelecimentos de saúde, que sejam superiores àqueles constantes da tabela padrão adotadas pelo MATO GROSSO SAÚDE;

§ 3º A exclusão das doenças ou lesões pré-existentes, no caso de agregados, prevista no inciso;

XXIV - serão constadas através da Declaração de Saúde de Agregado e perícia médica realizada pelo MATO GROSSO SAÚDE, observando-se para efeito de carência, o disposto no § 6º do artigo 10.

Art. 4º Quando o paciente já estiver sob os cuidados do médico responsável pela internação, não serão pagos honorários para outro médico da mesma especialidade concomitantemente.

6) CARÊNCIAS PREVISTAS NO ARTIGO 10 DO DECRETO Nº 5.729/2005:

Art. 10 Para utilização pelos Usuários dos serviços especificados neste regulamento deverão ser observados os seguintes períodos de carência, contados a partir do desconto em folha, conforme classificação adotada pelo PLANO MATO GROSSO SAÚDE:

- para consultas e exames complementares: 90 (noventa) dias;
- para procedimentos ambulatoriais, hospitalares psicológicos e fonoaudiológicos: 180 (cento e oitenta) dias;
- para assistência médica relativa à gravidez: 270 (duzentos e setenta) dias;
- doenças e lesões pré-existentes: 360 (trezentos e sessenta) dias.

§ 1º A inclusão de dependentes recém-nascidos ou adotados, efetuadas no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da realização do parto ou da adoção, fará com que seja aproveitado o período de carência já cumprido pelo Beneficiário Titular.

§ 2º Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, o atendimento estará limitado até as primeiras 12 (doze) horas em ambulatório, sem a incidência da coparticipação, sendo que após esse tempo as despesas ficarão por conta dos Beneficiários;

§ 3º Para o cumprimento do disposto neste Regulamento, consideram-se:

I – Urgências: são os atendimentos, resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

II – Emergência: são os atendimentos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

§ 4º A contagem da carência é individual e será efetuada após o pagamento da primeira contribuição.

§ 5º Serão observadas as carências definidas neste artigo, exceto para consultas e exames simples, para quaisquer usuários, que por quaisquer motivos, sejam excluídos do plano, e que venham a aderir novamente, desde que ultrapassados o período de 30 (trinta) dias da data de seu desligamento.

§ 6º Quaisquer tratamentos, atendimentos ou internações oriundas das patologias constantes na Declaração de Saúde de Agregado terão carência de 24 (vinte e quatro) meses.

7) COPARTICIPAÇÕES PREVISTAS NO DECRETO Nº 1.476. DE 03/05/2018 que altera o Art. 32, do Decreto 5729/2005:

Art. 32. Para efeito de regular a demanda, serão utilizados os seguintes mecanismos de regulação:

- coparticipação - será cobrada dos Usuários as seguintes coparticipações, sobre os procedimentos exclusivamente ambulatoriais e nas internações previstas no quadro abaixo:

Grupos de Procedimentos	Limites	Coparticipação
Consulta médica ou psiquiátrica:	Sem Limites	30%
Exames laboratoriais e radiológicos.	Sem Limites	30 %

Fonoaudiologia, fisioterapias e terapias sequenciais com indicação médica.	Até 30 sessões Acima de 30 sessões	30 % 50%	
Ergonomia, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, cineangiocoronariografia, endoscopia, holter, litotripsia, ultrassonografia, videolaparoscopia.	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.481,00 por evento.	
Quimioterapia, hemodiálise, diálise e radioterapia.	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.481,00 por evento.	
Internação psiquiátrica incluindo diárias, materiais e medicamentos.	Até 30 dias Acima de 30 dias	30 % 100%	
Internação dependência química incluindo diárias, materiais e medicamentos.	Até 15 dias De 16 a 30 dias Acima de 30 dias	30 % 50% 100%	
Psicoterapia de crise.	Até 12 sessões De 13 a 24 sessões Acima de 24 sessões	30 % 50% 100%	
Tratamentos ambulatoriais	Sem Limites	30 %	
Internações Clínicas	Honorários médicos	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Exames complementares	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Diárias de enfermaria	Sem Limites	R\$ 30,00, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Diárias de apartamento	Sem Limites	R\$ 50,00, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
Internações Cirúrgicas	Honorários médicos	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Exames complementares	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Procedimento Cirúrgico	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Diárias de enfermaria	Sem Limites	R\$ 30,00, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Diárias de apartamento	Sem Limites	R\$ 50,00, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
Internações Home Care	Honorários médicos	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Exames complementares	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento

			1.535,00 por evento
Órteses, Próteses e Materiais Especiais. (OPME)	Até o valor de R\$ 10.000,00	Sem Limites	30%, até o valor máximo de R\$ 1.535,00 por evento
	Do valor de R\$ 10.000,01 à R\$ 50.000,00	Sem Limites	27,50%, até o valor máximo de R\$ 3.070,00 por evento
	Acima do valor de R\$ 50.000,01	Sem Limites	25%, até o valor máximo de R\$ 5.000,00 por evento

b) autorização prévia - todo procedimento deverá ser autorizado previamente pelo MATO GROSSO SAÚDE;

c) direcionamento - o Usuário deverá preferencialmente realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado escolhido pelo MATO GROSSO SAÚDE.

Parágrafo único: A contagem das utilizações será feita a partir da execução do procedimento considerando o período de janeiro a dezembro de cada ano, independentemente da data de sua adesão.

8) QUANTO À REGULARIDADE FINANCEIRA JUNTO AO PLANO PREVISTA NOS ARTIGOS 23 E 24 DA LEI COMPLEMENTAR Nº 127/2003:

Art. 23 Até o dia 10 (dez) do mês corrente, o segurado que não tiver contribuição consignada em folha de pagamento do Estado deve efetuar o recolhimento de sua contribuição, através da rede bancária autorizada.

Art. 24 O segurado a quem se refere o artigo anterior que deixar de recolher:

I - uma contribuição e decorridos 30 (trinta) dias após a última data de vencimento, terá suspenso os benefícios;

II - uma ou mais contribuições decorridos 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, do primeiro vencimento em aberto, perde os benefícios e a condição de segurado, segurado conveniado ou segurado facultativo, estando no caso de reingresso, sujeito a novos prazos de carência.

Parágrafo único: As contribuições recolhidas em atraso deverão ser acrescidas de juros de mora e multa ao mês ou fração, conforme taxa definida em regulamento, prevendo ainda uma sobretaxa em caso de reincidência.

9) QUANTO À FORMA DE PAGAMENTO E VALORES DAS MENSALIDADES PREVISTOS NA LEI COMPLEMENTAR 539/2014 E DECRETO Nº 5.729/2005 E POSTERIORES ALTERAÇÕES:

9.1) Art. 21, da LC 127/2003, alterado pelo Art. 10, LC 539/2014

Art. 21 As contribuições dos segurados titulares e dependentes do MATO GROSSO SAÚDE serão lançadas diretamente na folha de pagamento do titular do plano de acordo com a faixa etária de cada beneficiário, com exceção dos casos em que o titular não tenha margem para a consignação, observando a disposição contida no artigo 23 da LC 127/2003. (redação dada pela LC 539/2014)

§ 1º O MATO GROSSO SAÚDE fica autorizado a firmar convênio com entidades bancárias, responsáveis pela liquidação da folha de pagamento dos órgãos da administração direta e indireta, para reterem as contribuições incidentes na remuneração dos segurados para repasse diretamente ao Instituto. (redação dada pela LC 539/2014)

§ 2º o disposto no caput se aplica aos casos de coparticipações, quando houver. (acrescido pela LC 539/2014)

§ 3º os pagamentos das contribuições mensais, coparticipações e demais valores dos segurados conveniados, facultativos e agregados serão efetuados pelos Beneficiários por meio de Boleto Bancário ou outras formas que venham a ser definidas pelo Mato Grosso Saúde. (acrescido pela LC 539/2014)

9.2) Valores das mensalidades de acordo com a faixa etária de cada

beneficiário: Artigo 4º do Decreto Nº 1.476/2018, alterado pelo Decreto 1376/2022 e de acordo com o previsto na Portaria nº 015/2022/MATOGROSSOSAÚDE:

I – para os titulares, dependentes e segurados conveniados, a contribuição mensal será individual, observando-se a faixa etária de cada beneficiário do plano, conforme tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PADRÃO	ESPECIAL
0 a 18 anos	R\$ 110,58	R\$ 137,66
19 a 23 anos	R\$ 125,76	R\$ 156,54
24 a 28 anos	R\$ 144,90	R\$ 180,35
29 a 33 anos	R\$ 195,51	R\$ 243,36
34 a 38 anos	R\$ 219,91	R\$ 273,72
39 a 43 anos	R\$ 239,64	R\$ 298,28
44 a 48 anos	R\$ 274,84	R\$ 342,07
49 a 53 anos	R\$ 293,92	R\$ 365,85
54 a 58 anos	R\$ 357,80	R\$ 445,37
59 ou +	R\$ 533,14	R\$ 663,50

II - para os beneficiários na condição de agregados e segurados facultativos, a contribuição mensal será individual, observando-se a faixa etária de cada beneficiário do Plano, conforme tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	PADRÃO	ESPECIAL
0 a 18 anos	R\$ 116,12	R\$ 172,07
19 a 23 anos	R\$ 132,05	R\$ 195,67
24 a 28 anos	R\$ 152,14	R\$ 225,44
29 a 33 anos	R\$ 205,91	R\$ 304,19
34 a 38 anos	R\$ 230,91	R\$ 342,15
39 a 43 anos	R\$ 251,64	R\$ 372,86
44 a 48 anos	R\$ 288,58	R\$ 427,59
49 a 53 anos	R\$ 308,61	R\$ 457,31
54 a 58 anos	R\$ 375,70	R\$ 556,70
59 ou +	R\$ 559,79	R\$ 783,05

10) QUANTO À EXCLUSÃO DO PLANO, PREVISTO NO ARTIGO

7º DO DECRETO Nº 5729/2005:

"Art. 7º Os beneficiários serão excluídos do plano, nas seguintes hipóteses:

- I - sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito;
- II - por fraude, ou qualquer ato atentatório contra o Mato Grosso Saúde, incluindo seus funcionários e atendentes;
- III - inadimplência ou falta de pagamento por período superior a 60 (sessenta dias) tanto das contribuições como de quaisquer outros valores devidos, inclusive referente a seus dependentes e agregados;
- IV - pela perda da condição de servidor público, ou interromper o exercício de suas atividades funcionais sem direito a remuneração.
- V - falecimento;

§ 1º A exclusão dos Beneficiários implicará no desligamento automático de seus dependentes e agregados.

§ 2º A exclusão dos Beneficiários, seus dependentes ou de seus agregados, seja por quaisquer motivos, não lhes assegura o direito de ressarcimento, indenização ou devolução de quaisquer importâncias por estes recolhidas, a qualquer título.

LEI COMPLEMENTAR Nº 539/2014

Art. 6º O MATO GROSSO SAÚDE desenvolverá suas atividades finalísticas por meio de processo de autogestão independente, dotado de personalidade jurídica de direito público, com patrimônio próprio e autonomia administrativa, financeira, funcional, orçamentária, de controladoria e contábil.

Parágrafo único: O MATO GROSSO SAÚDE não estará submetido às normas reguladoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, podendo utilizar-se dos seus regimentos de forma subsidiária se necessário for.

§ 3º O Mato Grosso Saúde, não se responsabilizará, de forma alguma, por quaisquer consequências oriundas das inclusões, manutenções ou exclusões indevidas de dependentes e agregados.

§ 4º A exclusão do usuário não implicará em isenção da contribuição devida no mês da exclusão, como também de valores que venham a surgir decorrentes dos atendimentos prestados conforme legislação vigente o disposto neste regulamento, sendo certo, ainda, que a exclusão do usuário durante sua internação, fará com que as despesas daí decorrentes sejam de responsabilidade dos beneficiários.

§ 5º No caso previsto no inciso IV, os Beneficiários poderão continuar no plano, desde que manifestem esse desejo por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da perda da condição de servidor público, e, contribuam conforme a tabela de agregado inclusive referente a seus dependentes, conforme faixas etárias definidas.

§ 6º No caso previsto no inciso V, os dependentes dos Beneficiários terão prazo de 30 (trinta) dias, a contar do fato, para manifestar sobre sua permanência ou não no plano Mato Grosso Saúde.

Declaro que ao assinar o presente Requerimento, li, tomei conhecimento e concordo com todas as condições, direitos e deveres definidos no Regulamento do Plano Mato Grosso Saúde, o qual foi publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso e se encontra disponível no endereço eletrônico www.matogrossosaude.com.br, Decreto 5729/2005 e suas alterações, especialmente o Decreto 1476/2018; LC 127/2003; (LC 539/2014 e Rol de Procedimentos Cobertos pelo MATO GROSSO SAÚDE, que poderá ser alterado de acordo com critérios técnicos da Instituição), bem como os períodos de carências e coparticipações acima descritos.

"O presente Plano de Assistência à Saúde dos Servidores foi criado pela Lei Complementar Estadual nº 127/2003 e é regulamentado pelo Decreto Estadual nº 5729/2005 e posteriores alterações. Declaro estar ciente que poderei consultar as referidas legislações no site do Mato Grosso Saúde".

Em caso de inadimplência decorrente das minhas obrigações perante o Mato Grosso Saúde, autorizo e manifesto concordância com a inscrição de meu nome nos cadastros dos órgãos de proteção ao crédito.

Cuiabá, de de

ASSINATURA DO TITULAR: