



CONVÊNIO MÉDICO - TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO SERVIDOR				
NOME DO SERVIDOR				REGISTRO FUNCIONAL
CPF	DATA DE NASCIMENTO	TEL RESIDENCIAL	TEL CELULAR	SECRETARIA
LOCAL DE TRABALHO				TEL. LOCAL DE TRABALHO
TIPO DE REQUERIMENTO				
<input type="checkbox"/> OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO <input type="checkbox"/> NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO <input type="checkbox"/> TROCA DE R.F. N° ANTERIOR: _____				
EMPRESA CONTRATADA				
"CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)"				
TIPO DE PLANO				
<input type="checkbox"/> FAMILIAR BÁSICO: R\$ 261,08 <input type="checkbox"/> FAMILIAR SUPERIOR: R\$777,31				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
<p>- DO TITULAR = Cópia do RG; Cópia do CPF; Cópia do Comprovante de Residência e Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DO CÔNJUGE = Cópia do RG; Cópia do CPF; Cópia da <u>Certidão de Casamento</u> e Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = Cópia da <u>Certidão de União Estável</u>, Cópia do RG, Cópia do CPF, Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = Cópia da Certidão de Nascimento, Cópia do RG, Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS.</p> <p>- DE FILHO(A) MAIOR QUE 21 ANOS QUE ESTEJA CURSANDO FACULDADE E DESEJE UTILIZAR O CONVÊNIO MÉDICO ATÉ COMPLETAR 23 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS = Cópia do RG; Cópia do CPF; Cópia do Cartão do SUS e Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade.</p> <p>Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH.</p> <p>Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor).</p> <p>Obs. 3 - <u>Em caso de troca de R.F não é necessário</u> apresentar: as cópias listadas acima; declaração de saúde e termo de carência.</p>				
DEPENDENTES (1)				
1	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
2	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
3	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
4	NOME DO DEPENDENTE			DATA DE NASCIMENTO
	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO	
	NOME DA MÃE			
TERMO DE COMPROMISSO				
<p>Declaro estar ciente:</p> <p>- O servidor tem o prazo de 30 dias, a contar da data de admissão, para aderir ao convênio sem carência.</p> <p>- O servidor tem o prazo de 30 dias, a contar da data em que se iniciar o vínculo com seus novos dependentes, para incluí-los no convênio sem carência.</p> <p>- Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada.</p> <p>- Que ao requerer licenças concedidas com prejuízo de vencimentos terei minha opção pelo uso do Convênio Médico excluída, assim como a de meus dependentes e agregados, e nova inclusão estará sujeita ao cumprimentos de carências estipulados em contrato.</p> <p>Mauá, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: right;">Servidor (Assinatura)</p>				

PARA USO DO DADP	
Deliberamos pela:	
Concessão do Benefício.	
Não Concessão. Motivo: _____	
Obs.: _____	
Responsável _____	Registro funcional _____ Data _____ / _____ / _____

Item	Válida para Titular e Dependente(s).	Titular	DEPENDENTES																					
			1	2	3	4																		
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (hipertensão, angina, infarto, derrames, arritmias cardíacas, entre outras)?																							
2	Doenças veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, outras)?																							
3	Doenças endócrinas e/ou metabólicas (diabetes, transtornos da glândula tireoide, entre outras)?																							
4	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doença de Crohn, entre outras)?																							
5	Hérnias (hiato, inguinal, umbilical, entre outras)?																							
6	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalias da pelve renal, do ureter, bexiga, cálculos renais, entre outras)?																							
7	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia de próstata, hidrocele, impotência, entre outras)?																							
8	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?																							
9	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfizema, pneumonias repetição, outras)?																							
10	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, problemas de adenóide, colesteatoma, desvio de septo, entre outras)?																							
11	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?																							
12	Doenças ou mal formações congênitas ou hereditárias?																							
13	Doenças imunológicas (AIDS ou é portador do vírus HIV, entre outras)?																							
14	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (câncer)?																							
15	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, entre outras)?																							
16	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, Parkinson, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, entre outras)?																							
17	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, retardo mental, entre outras)?																							
18	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?																							
19	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras, outras)?																							
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, entre outras)?																							
21	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, outras)																							
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, entre outras)?																							
23	Alguma doença ou lesão não mencionada acima?																							
24	Está ou esteve internado? Qual hospital? E por qual doença?																							
25	É portador de algum transtorno, desordem, desalinhamento e/ou deformidades das arcadas, maxilares, mandíbulas e/ou suas articulações? aparelho ortodôntico?																							
26	Informe o peso e a altura do: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desc.</th> <th>Titular</th> <th>Dep. 01</th> <th>Dep. 02</th> <th>Dep. 03</th> <th>Dep. 04</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peso</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Desc.	Titular	Dep. 01	Dep. 02	Dep. 03	Dep. 04	Peso						Altura										
Desc.	Titular	Dep. 01	Dep. 02	Dep. 03	Dep. 04																			
Peso																								
Altura																								
27	Se do sexo feminino está grávida?																							
() Tenho ciência que a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, poderei ter suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, qualquer possível intervenção cirúrgica e acompanhamento clínico que tenha relação com as patologias que tenha conhecimento previamente a assinatura desse contrato pelo período de 24 meses.																								
DECLARAÇÃO DO PROPONENTE																								
Declaro, para todos os efeitos legais, ter conhecimento que as informações registradas nesta Declaração de Condições de Saúde são parte integrante do contrato do Plano de Assistência à Saúde PESSOAL SAÚDE ; que as mesmas foram prestadas livre e espontaneamente, sendo verdadeiras e completas, pelas quais assumo total responsabilidade, seja no que diz respeito ao meu estado de saúde, dos meus beneficiários dependentes que represento neste Contrato.																								
Local e data:		Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal																						
		Assinatura Corretor:																						

Em caso de resposta afirmativa em qualquer dos campos acima, especificar o item relacionado ao usuário, motivo e data do evento. Especificar também qualquer evento que achar necessário e que não tenha especificado acima.

item	Cod. Tit/Dep	Data Evento	Descrição da Lesão ou Evento	CID - Uso da Operadora

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meus(s) dependente(s), tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. De conformidade com o Artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, declaro estar ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão, perderei o direito ao Plano de Assistência. Declaro ter conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, sendo que não optei pelo mesmo.

Santo André, ____ / ____ / ____.		Assinatura do Beneficiário Titular	
CONTRATADA:			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ORIENTADOR			
Contratação com Entrevista médica qualificada			
Nome Médico DR.		Assinatura/Carimbo	
CRM:	FONE:	CARIMBO:	DATA ENTREVISTA:
Contratação sem entrevista médica qualificada, tendo o usuário dispensado a mesma por ter entendido todas as questões respondidas acima e ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE POR TAIS RESPOSTAS			
Declaro que fui orientado por médico par			
Local e data:		Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal	
____, ____ / ____ / ____		Assinatura Corretor:	

ADITIVO ESPECIAL – PREFEITURA DE MAUÁ

ADITIVO PROMOCIONAL PARA PREFEITURA DE MAUÁ DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA, DOS PRODUTOS; PESSOAL Plano MAX 200 (ANS nº 488.025/21-1) e MAX 300 (ANS nº 493.016/2-29).

PESSOAL SAÚDE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob no 17.146.846/0001-37, com sede na, Av. GETULIO VARGAS, nº675 loja 303, cep 36.013-010 Centro – Juiz de Fora, Minas Gerais devidamente registrada junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o no **ANS n º 31.023-9, NA MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO**, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente **PESSOAL SAÚDE**

Do outro lado Beneficiário o Servidor Titular, FORA DO PRAZO de 30 dias e seus Agregados.

Art. 1. Fica firmado ainda que a **Redução dos Prazos de Carência**, é uma liberalidade **Promocional da PESSOAL SAÚDE determinada no quadro abaixo**, para servidores e seus Agregados que aderirem ao Plano fora do prazo de 30 dias de sua admissão.

TABELA DAS CONDIÇÕES DE REDUÇÃO, E APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA (anexo I cláusula VI do edital 52/2022.

TABELA DAS CONDIÇÕES DE REDUÇÃO, E APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

GRUPO	CONTRATUAL	PROCEDIMENTOS/ EVENTOS MÉDICOS E/ OU HOSPITALARES COBERTOS	REDUÇÃO ESPECIAL
I/A	24 H	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98.	24H
II/B	180 dias	Os descritos acima, adicionados de Consultas Eletivas em quaisquer especialidades previstas pelo CFM, (exceto Psiquiatria, Geriatria, Nefrologia, Hematologia, Mastologia, Imunologia e Oncologia).	30 DIAS
III/C	180 dias	Os descritos anteriormente adicionados de análise clínicas em sangue, Fezes e Urina, (exceto: Imunologia, Líquido Amniótico, Líquido Sinovial derrames, Líquor, Suco Gástrico, Tubagem Duodenal, Diversos, Drogas Psicoativas); Papanicolau (Citologia Oncótica); Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Procedimentos Oftalmológicos para diagnose; Radiologia simples (sem contrastes).	30 DIAS

IV/D	180 dias	Os exames descritos acima e Exames Laboratoriais de Imunologia, Líquido Amniótico, Líquido Sinovial e derrames. Líquor. Suco Gástrico, Tubagem Duodenal, Diversos, Drogas Psicoativas / Radiologia com Contraste; Fisioterapia; Procedimentos Ambulatoriais nas especialidades de Dermatologia, Urologia, Ginecologia e Otorrinolaringologia: Procedimentos Oftalmológicos de Terapia (Betaterapia e outros), Biópsias, Anátomo Patológico; Testes Alérgicos; e Eletroneuromiografia.	100 DIAS
V/E	180 dias	Os exames e procedimentos descritos acima e Consultas nas especialidades de Psiquiatria, Geriatria, Nefrologia, Hematologia, Mastologia, Imunologia e Oncologia; Ecocardiograma, Exames Especiais como: Exames com Doppler, Exames Vasculares Complexos; Endoscopia Peroral (Laringoscopia e Broncoscopia); Colonoscopia e Retossigmoidoscopia; a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e Citopatologia, d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquido; mapeamento de retina; f) exames angiográficos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroneuromiografia. I) exames de citologia oncológica (Papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.	120 DIAS
VI/F	180 dias	Os procedimentos descritos acima e Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear; Litotripsia, Diálise e Hemodiálise, Amniocentese, Monitoragem Fetal, Vídeo laparoscopia, Coronariografia, Angiografia, Quimioterapia e Radioterapia, Internações Clínicas e Cirúrgicas, Transplantes e Tratamento Psiquiátrico. Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicoterapeuta fisioterapeuta/Análise DNA para diversas doenças genéricas; Fator V Leiden, Análise de mutação; Hepatite B - Teste quantitativo; Hepatite C; Genotipagem; HIV, Genotipagem; Dímero D; Mamografia digital / Inserção de DIU (inclusive o dispositivo); Vasectomia; Ligadura tubária / Apendicectomia, colecistectomia; Dermolipectomia para correção de abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida; Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser; Mamotomia: Biopsia de mama a vácuo, com um corte menor; Tratamento cirúrgico da Epilepsia; Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais; Transplantes autólogos de medula óssea. / Demais procedimentos e coberturas não previstas no item anterior, exceto as em CPT relativas à Doença e Lesão Pré-Existente	150 DIAS

VII/H	300 dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo	300 DIAS
-------	----------	---	----------

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 meses.

Art. 3. A **REDUÇÃO de CARÊNCIA**, eventualmente concedida pela Pessoal Saúde, não alterará as demais condições de Contrato, principalmente aquelas relativas a Limitações de Coberturas e Exclusões.

Art. 4. A Redução de Carência são aplicadas de forma individual, considerando-se a situação de cada membro do grupo familiar

Parágrafo Único: FICA ESTIPULADO QUE NÃO HAVERÁ REDUÇÃO, E, APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA PARA PARTO E PARA DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.

Art. 5. Para efeito deste Aditivo, são consideradas Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 6. É condição prévia para inclusão do usuário que este informe, por meio de declaração de saúde (conforme normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, **sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do plano.**

Art. 7. É condição prévia para **A REDUÇÃO OU APROVEITAMENTO**; Os prazos de carência serão contados a partir do início de vigência do benefício. Redução de Carência ou Aproveitamento de Carência, e válida para titulares e dependentes com até 58 anos 11 meses e 29 dias.

Art. 8. **DECLARO PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, EM MEU NOME E DE MEUS DEPENDENTES, QUE NOS CASOS DE DOENÇAS, LESÕES PREEXISTENTES E DEFORMIDADES PREEXISTENTES, INCLUSIVE PATOLOGIA/DOENÇAS CONGÊNITAS, POR MIM APONTADAS NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE:**

- a) Ter optado pela cobertura parcial temporária.
- b) Não tenho nenhum interesse em contratar o Agravado.

- c) DECLARO TAMBÉM, EM MEU NOME E DE MEUS DEPENDENTES, ESTAR CIENTE QUE CUMPRIREMOS O PRAZO DE SUSPENSÃO DE 24(VINTE E QUATRO) MESES PARA A COBERTURA DE EVENTOS CIRURGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE, DIRETAMENTE LIGADOS À (ÀS) PATOLOGIA (AS), DOENÇA (S) E LESÃO(ÕES) PREEXISTENTE (S) DECLARADA (S) OU NÃO POR MIM E MEUS DEPENDENTES NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

Art. 9. Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato.

Art. 10. DECLARO ESTAR DE ACORDO COM OS TERMOS DESTES ADITIVO, E CIENTE QUE O APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA SERÁ CONCEDIDA APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E APROVAÇÃO DA **PESSOAL SAÚDE**.

Local e Data

BENEFICIÁRIO TITULAR