



CONVÊNIO MÉDICO – SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE AGREGADOS

| 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 |
|-----------------------|
| INCLUSÃO DE AGREGADOS |
| EMPRESA CONTRATADA |

“CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)”

| DOCUMENTOS NECESSÁRIOS |
|--|
| - DO TITULAR = Cópia do RG; Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS; |
| - DO PAI/MÃE E IRMÃO(A) SEM LIMITE DE IDADE = Cópia do RG; Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS; |
| - DE FILHO (A) MAIOR DE 21 (VINTE E UM) ANOS NÃO UNIVERSITÁRIO = Cópia do RG e Cópia do CPF e Cópia do cartão do SUS; |
| - ENTEADO = Cópia do RG ou Certidão de Nascimento; Cópia do CPF; Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração Pública de Convivência ou equivalente do Servidor e Cópia do cartão do SUS; |
| - PADRASTO, MADRASTA, TIO (A), SOGRO (A) ATÉ 49 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS; |
| - PRIMO (A), SOBRINHO (A), CUNHADO (A), GENRO E NORA ATÉ 39 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS; |
| - NETO (A) ATÉ 24 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS; Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF, Cartão do SUS e Comprovante de Parentesco; |
| - PENSÃO JUDICIAL = 01 Cópia do RG ou Certidão de Nascimento; 01 Cópia da Decisão Judicial e 01 Cópia do cartão do SUS; |
| - DEPENDENTES FINANCEIROS LEGAIS = 01 Cópia do RG ou Certidão de Nascimento; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da Declaração de Imposto de Renda com o Recibo de Entrega de Declaração atual do Servidor (onde conste o agregado como dependente) e 01 Cópia do cartão do SUS; |
| Obs. 1 - As cópias do RG e do CPF podem ser substituídas pela cópia da CNH. |
| Obs. 2 - Após o período de adesão sem carência, todos deverão preencher a declaração de saúde (disponível no portal do servidor). |

| AGREGADOS (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 | | |

(1) Pai, mãe, irmão(ã) e enteados, sem limite de idade. (2) Filho maior de 21 anos não universitário, sem limite de idade. (3) Padrasto, madrastra, tio(a), sogro(a) até 49 anos, 11 meses e 29 dias (4) Primo(a), Sobrinho(a), Cunhado(a), Genro e Nora até 39 anos, 11 meses e 29 dias. (5) Neto(a) até 24 anos, 11 meses e 29 dias.

| TABELA DE VALORES: | |
|--------------------|---|
| FAIXA ETÁRIA | VALOR UNITÁRIO |
| 00 A 43 | R\$ 205,00 (duzentos e cinco reais) |
| 44 a 48 | R\$ 516,73 (quinhentos e dezesseis reais e setenta e três centavos) |
| 49 a 53 | R\$ 584,34 (quinhentos e oitenta e quatro reais e trinta e quatro centavos) |
| 54 a 58 | R\$ 686,90 (seiscentos e oitenta e seis reais e noventa centavos) |
| 59 ou mais | R\$ 1.168,77 (mil cento e sessenta e oito reais e setenta e sete centavos) |

| TERMO DE COMPROMISSO |
|---|
| Declaro estar ciente: |
| - Dos prazos de carência estipulados em contrato e da obrigação de preencher a Declaração de Saúde dos agregados que forem inclusos após o período de adesão sem carência. |
| - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade em conformidade com a tabela acima. |
| - 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 cumprimento de carências estipulados em contrato. |
| Mauá, ____ de ____ de ____ |
| _____ Servidor (Assinatura) |

| PARA USO DO DADP |
|--|
| Deliberamos pela: |
| Concessão do Benefício. |
| Não Concessão. Motivo: _____ |
| Obs.: _____ |
| Responsável _____ Registro func. _____ 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: | | | | | |
| | Desc. | Titular | Dep. 01 | Dep. 02 | Dep. 03 | Dep. 04 |
| | Peso | | | | | |
| | Altura | | | | | |
| 27 | Se do sexo feminino está grávida? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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: | | | | |

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 | <p>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.</p> | 100 DIAS |
| V/E | 180 dias | <p>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; líquor; mapeamento de retina; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroneuromiografia. I) exames de citologia oncótica (Papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.</p> | 120 DIAS |
| VI/F | 180 dias | <p>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</p> | 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 Agravo.

- 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 DESTE ADITIVO, E CIENTE QUE O APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA SERÁ CONCEDIDA APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E APROVAÇÃO DA **PESSOAL SAÚDE**.

Local e Data

BENEFICIÁRIO TITULAR