



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				
☐ OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO ☐ NÃO OPÇÃO PELO CONVÊNIO MÉDICO				
EMPRESA CONTRATADA				
"CMI Planos de Assistência Médica Ltda. (PESSOAL SAÚDE)"				
TIPO DE PLANO				
☐ FAMILIAR BÁSICO: R\$ 296,47 ☐ FAMILIAR SUPERIOR: R\$ 882,65				
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
- DO TITULAR = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia do Comprovante de Residência e 01 Cópia do cartão do SUS. - DO CÔNJUGE = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF; 01 Cópia da <u>Certidão de Casamento</u> e 01 Cópia do cartão do SUS. - DO(A) COMPANHEIRO(A), COM UNIÃO ESTÁVEL = 01 Cópia da <u>Certidão de União Estável</u>, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do cartão do SUS. - DE FILHO(A) MENOR DE 21 (VINTE E UM) ANO = 01 Cópia da Certidão de Nascimento, 01 Cópia do RG, 01 Cópia do CPF e 01 Cópia do cartão do SUS. - 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 = 01 Cópia do RG; 01 Cópia do CPF, 01 Cópia do Cartão do SUS e 01 Cópia da Declaração de Matrícula na Faculdade. 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).				
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				
Declaro estar ciente: - Os beneficiários terão até 30 (trinta) dias para se manifestar o interesse em ingressar no plano, isentos do cumprimento de carências, e sem quaisquer restrições, observando a Resolução Normativa - RN no. 195 da ANS e suas alterações. - A inclusão de cônjuge ou filhos recém-nascidos, deverá ser feita até 30 (trinta) dias, após a data do casamento ou nascimento, no caso de companheira (o), de acordo com a legislação, mediante a apresentação das respectivas certidões; - Será descontado mensalmente, de meus vencimentos, o valor correspondente à mensalidade do tipo de plano escolhido, conforme a opção acima assinalada e 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 funcional _____ Data ____ / ____ / ____

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 ° 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 angiológicos 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 (ÂS) 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