



TERMO DE INCLUSÃO - DEPENDENTE e AGREGADO

NOME DO TITULAR:		LOTAÇÃO:		SIAPE:	
NOME:					
NOME DA MÃE:					
PARENTESCO COM TITULAR:					
DATA DE NASC.:		CPF:		RG:	
SEXO:					
ESTADO CIVIL:	<input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Outro				
END. RES.:		BAIRRO:		CEP:	
CIDADE:		UF:			
EMAIL:			TELEFONE:		

Pelo presente, solicito inclusão como (dependente ou agregado) ao Programa de Assistência à Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - PAS/UFMS.

Comprometo-me a fornecer a qualquer tempo, todo e qualquer documento solicitado pelo PAS/UFMS.

Declaro ciência de que o Colegiado do PAS/UFMS é um órgão consultivo, deliberativo e normativo do Programa e que pode aprovar implementações e alterações nas normas regulamentadoras de prestação de saúde e assistência, às quais todos os beneficiários estão sujeitos.

Tenho ciência de que a contribuição mensal e de outros débitos relacionados a prestação de saúde será por meio do desconto em folha de pagamento do Titular.

Declaro ciência e concordância com Regulamento vigente aprovado por meio de Resolução do Conselho Universitário da UFMS e demais normas aprovadas pelo Colegiado do PAS/UFMS (COPAS/UFMS), disponível no site do PAS/UFMS e no Boletim de Serviço da UFMS e com os seguintes termos:

1. Da Adesão:

1.1 Declaro estar ciente e DE ACORDO com todas as normas do PAS/UFMS publicadas no site do PAS/UFMS <https://pas.ufms.br> .

1.2. É obrigatório o preenchimento da entrevista qualificada anexo a esse Termo

2. Da Contribuição:

2.1 As contribuições mensais e reajustes, são deliberadas pelo COPAS/UFMS, estão publicadas no Boletim Oficial e disponibilizadas no site do PAS/UFMS, com as quais estou DE ACORDO.





2.2 As contribuições mensais do titular, dependentes e agregados serão descontadas em folha de pagamento

2.3 Na impossibilidade do desconto em folha, o titular deverá fazer o pagamento mediante Guia de Recolhimento da União.

3. Dos Dependentes:

3.1 A inclusão de dependentes no PAS/UFMS ocorrerá após o registro no Assentamento Funcional na Progep, devendo o titular preencher e assinar o Termo de Inclusão de Dependente e Agregados.

3.2 O titular é responsável pelo pagamento das contribuições mensais dos dependentes, de acordo com a tabela Valores das Contribuições Mensais do PAS/UFMS.

3.3 No caso de óbito do titular, os dependentes, incluindo filhos até vinte e um anos de idade já registrados no assentamento funcional, poderão permanecer na qualidade de titular pensionistas, desde que manifestem interesse por escrito, até trinta dias do fato gerador, para que fiquem dispensados dos prazos de carência ou cumpram os prazos restantes.

4. Dos Agregados:

4.1 A inclusão de agregados no PAS/UFMS, ocorrerá após a assinatura do titular no Termo de Inclusão de Agregados.

4.2 O titular é responsável pelo pagamento das contribuições mensais dos agregados, de acordo com a tabela Valores das Contribuições Mensais do PAS/UFMS.

4.3. É obrigatório a inclusão de documento comprobatório de parentesco com o Titular.

4.4. A situação de agregado cessa imediatamente com o desligamento ou óbito do titular.

5. Das Carências:

5.1 Ao aderir ao PAS/UFMS, os beneficiários deverão cumprir períodos de aquisição de direitos (carência), conforme as normas regulamentares do PAS/UFMS, a partir da assinatura do contrato.

6. Da Identificação:

6.1 Sempre que o beneficiário (titular, dependentes e agregados) for utilizar os serviços disponibilizados pelo PAS/UFMS, deverá apresentar documento pessoal com foto e CPF para identificação.

7. Do fator participativo:

7.1 O beneficiário fica sujeito ao pagamento de fator participativo diretamente ao credenciado, em percentuais e valores estabelecidos conforme normas regulamentares do PAS/UFMS.

8. Do ressarcimento:

8.1 O ressarcimento será realizado de acordo com normas regulamentares do PAS/UFMS, para os serviços de saúde contemplados no rol de cobertura mínima obrigatória da Agência Nacional de Saúde





Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Suplementar - ANS, quando não houver assistência pela rede de prestadores credenciados ao PAS/UFMS.

8.2. A área de abrangência do PAS/UFMS compreende todos os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul.

9. Da perda de direitos e exclusão:

9.1 A exclusão de beneficiários do PAS/UFMS ocorrerá nas seguintes situações:

- a) fraude e/ou uso indevido de documentos identificatórios e/ou remuneratórios por parte do titular e de seus dependentes ou agregados;
- b) exoneração e Posse em Cargo Inacumulável - PCI;
- c) redistribuição;
- d) decisão administrativa ou judicial;
- e) voluntariamente, por opção do titular;
- f) inadimplência por sessenta dias consecutivos ou cento e vinte dias no total, durante o ano contratual.

9.2 No caso de afastamento legal ou de suspensão temporária de proventos, o beneficiário titular e seus dependentes e/ou agregados poderão optar por permanecerem no PAS/UFMS, com manifestação formal, no prazo de trinta dias, assumindo integralmente o pagamento das contribuições por meio de Guia de Recolhimento da União - GRU.

9.3 A exclusão do titular ou pensionista implicará na exclusão de todos os seus dependentes e/ou agregados.

10. Das disposições finais:

10.1 É necessário comunicar ao PAS/UFMS, de imediato, qualquer alteração que implique em atualização de seus dados cadastrais ou de seus dependentes/agregados.

10.2 O PAS/UFMS não responde, em hipótese alguma, nem subsidiariamente, por ações ou decisões judiciais referentes à má conduta profissional, por negligência, imprudência ou imperícia relativas a atos praticados pelos profissionais e estabelecimentos prestadores da assistência indireta à saúde.

Declaro que estou ciente das informações do Termo de Inclusão de Dependentes e Agregados ao PAS/UFMS e concordo com as cláusulas acima expostas



Assinale com **SIM** ou **NÃO** na tabela abaixo, as doenças ou condições que o futuro beneficiário é ou foi portador:

CONDIÇÃO	SIM OU NÃO	CONDIÇÃO	SIM OU NÃO
1. Teve algum aborto	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Tem doenças de pele?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Possui alguma doença infecciosa? Ex: HIV, hepatites, sífilis, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Possui algum distúrbio de visão? Usa óculos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Faz uso de álcool, cigarro ou drogas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Tem alguma alergia e história de choque anafilático?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Possui algum problema auditivo ou outras doenças das vias aéreas superiores? Ex: rinite, sinusite, desvio de septo, labirintite, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	14. Possui alguma doença endocrinológica? Ex: diabetes, distúrbios na tireoide, obesidade, dificuldades em manter peso, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Possui alguma doença do sangue? Ex: anemias, leucemia, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	15. Possui alguma doença vascular? Ex: varizes, flebite, trombose, úlceras, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Possui doença/acometimento osteoarticular ou autoimune? Ex: artrites, osteoporose, fraturas, gota, lúpus, psoríase, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	16. Possui alguma doença dos órgãos sexuais femininos/masculinos? Ex: distúrbio na menstruação, ovário, útero, mama, próstata, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Possui alguma doença do sistema cardiovascular? Ex: hipertensão, aterosclerose, insuficiência cardíaca, arritmias, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	17. Já realizou algum tipo de cirurgia? Já implantou alguma prótese/placa/material em procedimento cirúrgico? Possui seqüela de acidentes pessoais? Deficiência física? Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8. Possui alguma doença renal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	18. Possui alguma doença na coluna? Especificar.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9. Possui alguma doença neurológica? Ex: AVC (derrame), aneurismas, dores de cabeça (enxaqueca), epilepsia, esclerose múltipla, distrofia muscular, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	19. Possui alguma doença do sistema gastrointestinal? Ex: doenças do fígado, colites, intolerâncias alimentares, hemorroidas, hérnias da parede abdominal, pedra na vesícula, gastrite, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Realiza algum tratamento crônico? Faz uso de medicações? Possui histórico de nódulos, cistos, tumores? Possui história pessoal ou familiar de câncer ou outra doença crônica ou hereditária? Possui alguma doença congênita?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	20. Possui alguma doença psiquiátrica? Ex: ansiedade, depressão, esquizofrenia, deficiência intelectual, autismo, etc	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
21. Está grávida no momento?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	22. Qual a data provável do parto	<input type="text"/>
23. Histórico gestacional	<input type="radio"/> uma gestação	Tipo de parto:	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> duas gestação	Tipo de parto:	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> três ou mais gestação	Tipo de parto:	<input type="text"/>

Em caso de respostas afirmativas, favor discriminar as condições detalhadamente abaixo:

--

Data:

Declaro para todos os fins que as informações nesta Entrevista Qualificada são verdadeiras, podendo o PAS/UFMS considerá-las para análise, aceitação e manutenção das carências. Autorizo o uso e verificação ética de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins legais, conforme preconiza a Legislação Brasileira. Estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de DOENÇAS OU LESÕES

- PREEXISTENTES das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento dessa declaração de saúde, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento do Termo de Adesão. Neste caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento ou lesão omitida a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou notificação do PAS/UFMS alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.