



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Caxias do Sul

DECRETO Nº 17.276, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2014.

Regulamenta o inciso III do art. 8º da Lei Complementar nº 298, de 20 de dezembro de 2007, acrescido pela Lei Complementar nº 475, de 27 de novembro de 2014.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, usando das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 94 da Lei Orgânica do Município, e de acordo com o que estabelece a Lei Complementar nº 475, de 27 de novembro de 2014, que dispõe sobre o Plano de Saúde e Assistência aos Servidores Públicos Municipais de Caxias do Sul (IPAM-SAÚDE), e dá outras providências,

DECRETA:

Art. 1º É admitido como dependente dos associados o filho, solteiro de qualquer condição ou sexo, maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 29 (vinte e nove) anos, mediante o pagamento de uma contribuição suplementar de 14% (quatorze por cento) sobre o padrão 1 (um), instituído pela Lei nº 2.266, de 29 de dezembro de 1975, por dependente.

Art. 2º São requisitos para o ingresso:

I - requerimento solicitando a inclusão do dependente, firmado pelo titular e dependente;

II - autorizar o desconto em folha de pagamento o correspondente a 14% (quatorze por cento) do padrão 01 (um), instituído pela Lei nº 2.266, de 29 de dezembro de 1975;

III - certidão de nascimento do dependente; e

IV - declaração, constante no Anexo I, integrante deste

Decreto. Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Caxias do Sul, 10 de dezembro de 2014; 139º da Colonização e 124º da Emancipação Política.

Alceu Barbosa Velho,
PREFEITO MUNICIPAL.

Agenor Basso,
SECRETÁRIO DE GOVERNO MUNICIPAL.

Cezira Höckele,
PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL.



ANEXO I

Declaração de Saúde			
1 - Titular			
Nome			
Idade	Data Nascimento	CPF	
2 - Dependente			
Nome			
Grau de Parentesco	Idade	Data Nascimento	CPF

No preenchimento desta declaração, o beneficiário tem a opção de:

☐ ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pelo IPAM.

☐ ser orientado por um médico de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade;

Relacione abaixo tudo o que for do seu conhecimento sobre seu passado pessoal de saúde e as doenças que teve conhecimento ou saber ter sido portador.

Já foi submetido à alguma cirurgia?	Qual cirurgia?	Quando?	Médico que operou?	Ficou curado?
Já esteve internado?	Qual motivo?	Quando?	Médico que tratou?	Ficou curado?
Outras doenças e/ou enfermidades anteriores (descreva)				



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Caxias do Sul

Precisa fazer algum tratamento clínico ou cirúrgico? Quando? Qual motivo?

4 - Histórico Atual

Altura	Peso	Sua Pressão Arterial?	IMC (peso/altura ²)
cm	Kg		

5. Condições Gerais de Saúde

Responda com clareza os questionamentos abaixo, assinalando uma das alternativas:

Pergunta:	Sim	Não
Seu IMC - Índice de Massa Corpórea é superior a 30?		
Já teve alguma doença profissional ou enfermidade provocada pelo trabalho? Qual(is)?		
Possui alguma deficiência física? Qual?		
Possui alguma deficiência mental? Qual?		
Já esteve sob tratamento psiquiátrico em algum período da sua vida? Qual(is)? Já esteve internado? Com que idade? Quanto tempo?		
Tem alguma deficiência visual? Catarata Glaucoma Estrabismo Miopia - Informar o Grau Astigmatismo - Informar o Grau Hipermetropia - Informar o Grau Outra(s) Qual(is)?		
Tem alguma doença no coração e/ou do aparelho circulatório? Angina Sopro Insuficiência Cardíaca Hipertensão Arterial Febre Reumática Acidente Vascular Cerebral - Varizes Membros Arritmia Derrame Inferiores Cardíaca Hemorróidas Infarto do Miocárdio Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve doenças do aparelho respiratório? Asma Bronquite Renite Sinusite Pneumonia Enfisema Desvio de Septo Nasal Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve doenças osteomuscular? Artrite Artrose Osteoporose Reumatis mo Escoliose Hérnia de Disco Osteomielite Outra(s) Qual(is)? Já recebeu indicação para cirurgia? Quando?		
Tem ou teve fratura de ossos? Qual(is)?		
Possui algum tipo de prótese ou órtese (placas, pinos parafusos, marca-passos, válvula, outros).		



Centro Administrativo Municipal Vinicius Ribeiro



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Caxias do Sul

Outras localizações. Especifique		
Faz ou fez radioterapia?		
Faz ou fez quimioterapia?		
Tem ou teve neoplasia benigna?		
Útero (miomia) Nevos Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve alguma doença de sangue?		
Anemia Púrpura Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve doenças de ouvido?		
Labirintite Perda de Audição Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve doenças da pele?		
Verrugas "Pintas" Quelóide "Caroços" Xantelasma Cistos Calos		
Outra(s) Qual(is)?		
Tem alguma má formação congênita (doenças de nascença)?		
Qual(is)?		
Sofre de sequelas de acidente, moléstia adquirida ou congênita? Qual(is)?		
Já esteve internado em UTI? Com que idade? Quanto tempo?		
Qual a causa?		
Teve alguma doença não relacionada acima, que o tenha obrigado a internar-se ou submeter-se a algum tipo de tratamento ou exame? Qual(is)?		
Parecer do Médico ao Final da Declaração de Saúde - CID		
Comentários e Informações Adicionais		
Apto a ingressar no plano de assistência à saúde.		
() Com doença ou lesão preexistente (DLP)		
() Sem doença ou lesão preexistente (DLP)		
Declaro que prestei as informações solicitadas nesta "Declaração de Saúde" usando de toda a fidelidade e reconheço como verdadeiras as anotações contidas acima, não existindo qualquer dúvida de minha parte. Conheço as patologias de que sou portador e, baseado no Código de Ética Médica e Código Penal Brasileiro, autorizo a divulgação contida nesta avaliação médica para ingresso em plano de saúde, com a finalidade específica de levantar a preexistência de doenças ou lesões. Para comprovação das declarações prestadas, autorizo antecipadamente o(s) médico(s) que venha(m) me assistir a prestar informações sobre meu estado de saúde, e a proceder as verificações clínicas e laboratoriais pertinentes, bem como autorizo o Plano a requerer informações em clínicas, laboratórios, hospitais ou		



Estado do Rio Grande do Sul
Município de Caxias do Sul

quaisquer outras entidades de saúde que tenham me prestado assistência, inclusive a acesso a prontuário médico-hospitalar. Autorizo, ainda os médicos, hospitais e/ou clínicas a fornecerem ao INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL – IPAM informações sobre exames, diagnósticos e tratamentos, sobre minha pessoa e de meus dependentes, quando incluído no plano, inclusive os relativos à AIDS.

_____ de _____ de 20____.	
Assinatura do Beneficiário ou de seu Representante Legal	Assinatura e Carimbo (com CRM) do Médico Avaliador

Parecer da Diretoria Médica

() Apto () Inapto

() Apto com ressalva: _____