



**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 Höcke,  
PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL.



**ANEXO I**

<b>Declaração de Saúde</b>			
<b>1 - Titular</b>			
Nome			
Idade	Data Nascimento	CPF	
<b>2 - Dependente</b>			
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?			
<b>4 - Histórico Atual</b>			
Altura	Peso	Sua Pressão Arterial?	IMC (peso/altura <sup>2</sup> )
cm	Kg		
<b>5. Condições Gerais de Saúde</b>			
Responda com clareza os questionamentos abaixo, assinalando uma das alternativas:			
<b>Pergunta:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
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 - Derrame      Varizes Membros Inferiores      Arritmia Cardíaca Hemorróidas      Infarto do Miocárdio      Outra(s) Qual(is)?			
Tem ou teve doenças do aparelho respiratório? Asma      Bronquite      Rinite      Sinusite      Pneumonia      Enfisema Desvio de Septo Nasal      Outra(s) Qual(is)?			
Tem ou teve doenças osteomuscular? Artrite      Artrose      Osteoporose      Reumatismo      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-passo, válvula, outros).			



Estado do Rio Grande do Sul  
Município de Caxias do Sul

Qual(is)?		
Tem ou teve alguma doença do aparelho digestivo? Úlcera Péptica    Gastrite    Hérnia - Especifique Local Doença Diverticular do Intestino    Cirrose Hepática    Colite Colelitíase - Cálculo da Vesícula    Outra(s) - Qual(is)?		
Tem ou teve doenças do aparelho genito urinário? Insuficiência Renal    Cálculo Urinário    Incontinência Urinária    Nódulo Mamário Infertilidade    Nefrite    Outro(s) Qual(is)? Faz ou fez hemodiálise ou diálise peritoneal? Especifique		
Tem ou teve alguma doença endócrina? Diabete ou açúcar no sangue elevado? (Glicose Elevada)    Tireóide Emagrecimento acentuado    Outra(s) Qual(is)?		
<b>Mulheres</b> Tem ou teve alguma doença ginecológica? Cistos de Ovários    Transtornos Menstruais    Endometriose Outra(s) Qual(is)?		
<b>Homens</b> Tem ou teve alguma doença urológica? Hiperplasia de Próstata    Fimose    Outro(s) Qual(is)?		
Tem ou teve alguma doença transmissível?		
Gonorréia    Sífilis    Tuberculose    AIDS    Hepatite    Meningite    Hanseníase		
Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve doenças do sistema nervoso?		
Parkinson    Alzheimer    Epilepsia    Paralisia Cerebral		
Outra(s) Qual(is)?		
Tem ou teve neoplasia maligna (câncer)? Aparelho Digestivo (estômago, outros)? Especifique Aparelho Respiratório (pulmão, outros)? Especifique Pele    Mama    Tireóide    Linfoma    Leucemia		
Tem ou teve neoplasia maligna (câncer)? Órgãos Genitais Femininos (útero, ovário, outros)? Especifique Órgãos Genitais Masculinos (próstata, outros)? Especifique Trato Urinário (rins, bexiga, outros)? Especifique		



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)?		
<b>Parecer do Médico ao Final da Declaração de Saúde - CID</b>		
<b>Comentários e Informações Adicionais</b>		
<b>Apto a ingressar no plano de assistência à saúde.</b>		
<input type="checkbox"/> Com doença ou lesão preexistente (DLP)		
<input type="checkbox"/> 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