

# ASSOCIAÇÃO E ADESÃO





**PASA é uma associação sem fins lucrativos e de natureza assistencial oferecida exclusivamente aos empregados das empresas do Grupo Vale, à AposVale e aos sindicatos que participam de sua fundação.**

## **O que é o PASA?**

**Uma operadora de autogestão em saúde com planos médicos e odontológicos para adesão restrita aos associados e seus familiares até o quarto grau de parentesco.**



## Por que se associar ao PASA?

Quando você se associa ao PASA garante à toda a sua família a tranquilidade de poder ter acesso a uma assistência em saúde de qualidade por meio de planos diferenciados, para além dos seus dependentes.

## Quem pode se associar ao PASA?

### DIRETAMENTE



Empregado da Vale  
e do Grupo Vale

Empregado da  
PASA

### POR MEIO DOS PATROCINADORES



Empregado da  
Aposvale

Empregado dos sindicatos  
(METABASE, STEFEM E SINDFER)

### POR SUCESSÃO DO ASSOCIADO (quando o associado falece)

Cônjuge /  
Companheiro

Filho

Pensionista

Neto (se o filho do  
associado faleceu)



## E você deve estar se perguntando: Se eu já tenho AMS, por que me associar ao PASA?

O AMS é o benefício em saúde concedido ao empregado durante o período de vínculo empregatício estendido a dependentes, que são:

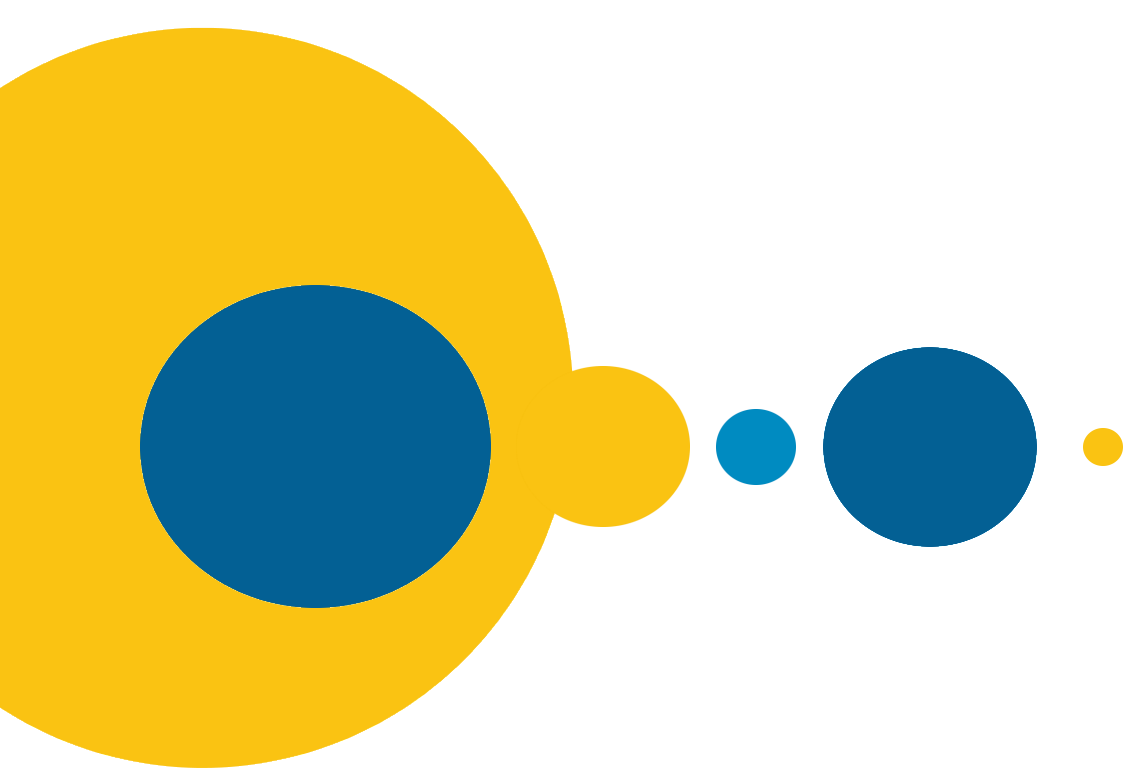
- ✓ Cônjuge;
- ✓ Filhos até 21 anos de idade;
- ✓ Ou filhos até 24 anos, caso estejam cursando ensino superior.

## E quem eu posso incluir no PASA?

Sendo associado ao PASA você poderá incluir todos os seus familiares que não tenham direito ao AMS, até o **quarto grau de parentesco**, a qualquer momento.

Caso seu filho(a) seja maior de 21 anos (não estudante) ou maior de 24 anos, você poderá mantê-lo como agregado em um plano médico/odontológico,.





Quem  
pode ser  
meu  
agregado  
no PASA?



\*Filhos maiores de 21 anos, que não sejam estudantes

\*Filhos maiores de 24 anos





## Quanto custa para me associar ao PASA?

O associado PASA deve pagar uma taxa de associação mensal de apenas R\$ 38,79, que pode ser descontada em folha de pagamento ou via boleto (conforme disponibilidade da sua empresa).

Ao se associar ao PASA, o titular não fica vinculado a nenhum plano médico ou odontológico.

Os valores das mensalidades e as características de cada plano PASA, podem ser verificados no site PASA: [www.saudepasa.com.br/planos](http://www.saudepasa.com.br/planos)

## Como me associar?

É muito simples, basta acessar nosso site [www.saudepasa.com.br](http://www.saudepasa.com.br), ir na aba “associe-se”, preencher o formulário no fim da página e anexar a seguinte documentação:

- ✓ CPF
- ✓ Comprovante de residência
- ✓ Comprovante de vínculo empregatício: contracheque, declaração da empresa contratante, carteira profissional contendo os dados pessoais e o contrato de trabalho ou foto da carteirinha AMS.

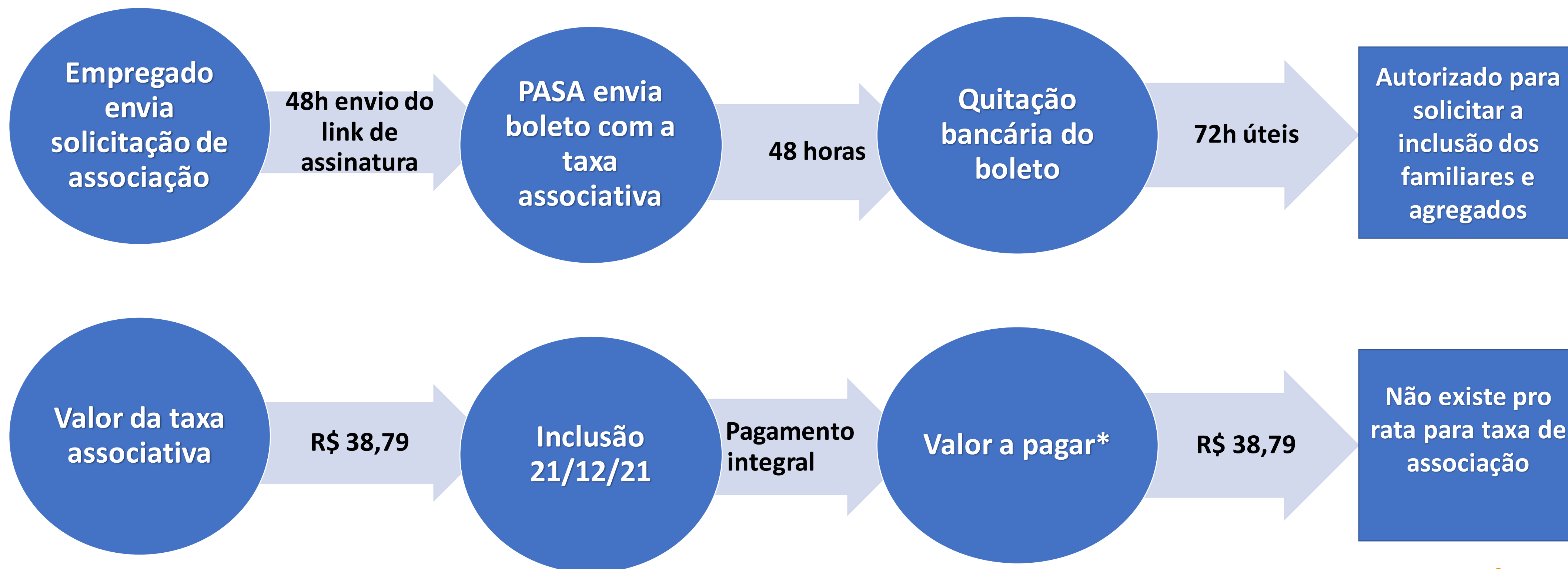




**Associação ao PASA + Adesão ao Plano  
Empregado Ativo do Grupo Vale (não associado)**



# Passo a passo para associação imediata





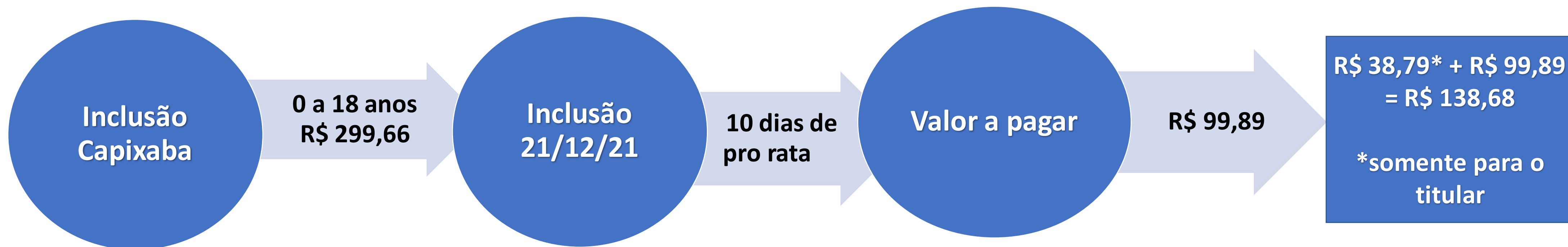


**Adesão ao Plano  
Empregado Ativo do Grupo Vale (associado)**

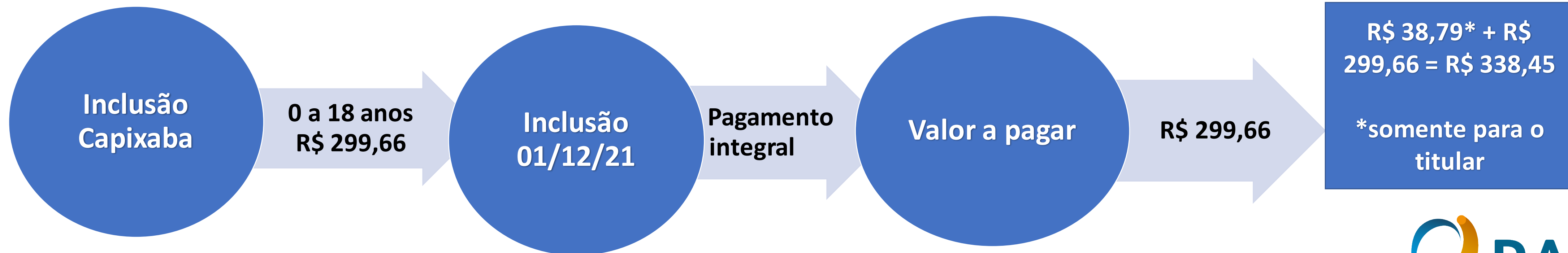


# Passo a passo para adesão ao plano

## Exemplo 1: Pagamento pro rata



## Exemplo 2: Pagamento mês cheio



Mantenha seus dados cadastrais sempre atualizados



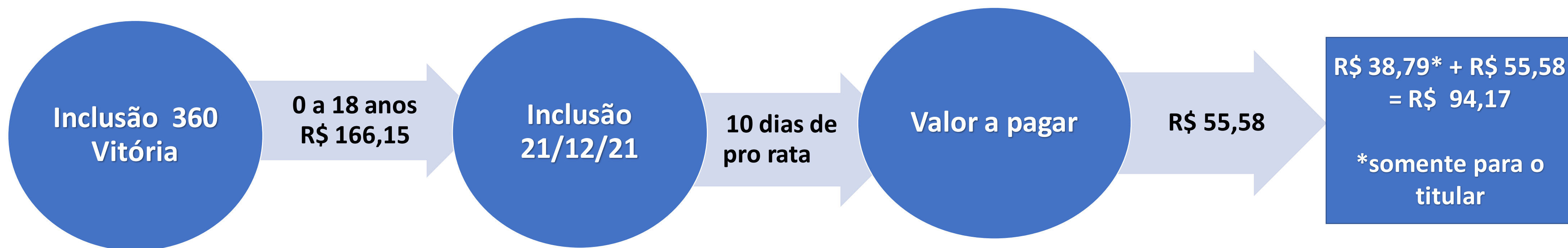


# **Adesão ao Plano Ex-Empregado e/ou Aposentado do Grupo Vale**

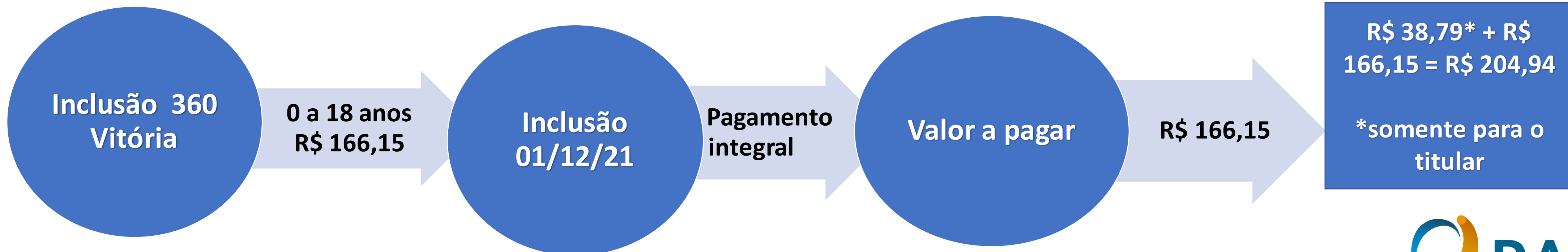


# Passo a passo para adesão ao plano

## Exemplo 1: Pagamento pro rata



## Exemplo 2: Pagamento mês cheio







## Pagamento do Plano – Agregado de Empregado ativo

É possível que as cobranças das contribuições e despesas dos agregados sejam feitas em nome do próprio, mediante solicitação do titular. O titular permanece sendo o responsável pelo plano, porque é quem possui o vínculo com o PASA. O agregado é responsável pelo pagamento da sua contribuição e despesas de coparticipação. Após a mudança, o boleto será emitido em nome do agregado e não mais no nome do titular.

## Pagamento do Plano - Aposentado Valia

Os valores dos planos do titular e de seus agregados são descontados em contracheque.

## Pagamento do Plano - Aposentado Não Valia

Os valores dos planos do titular e de seus agregados são cobrados via boleto ou débito em conta\*



**ATENÇÃO**

**O Empregado do Grupo Vale deve solicitar sua adesão ao PASA enquanto estiver ativo. Caso ele se aposente ou seja desligado não poderá fazer a associação e a adesão aos planos.**



\*Santander e Banco do Brasil





# **Modalidades de Pagamento**

## **Taxa de Associação e Adesão ao Plano**





## Associados PASA – Empregados Ativos

Cobrança da taxa de associação, contribuições e coparticipações por descontos em folha de pagamento são realizadas respeitando suas margens consignáveis e **disponibilidade da empresa**. Caso o valor exceda ao consignável, serão emitidos boletos com o valor complementar com vencimento no dia 18 de cada mês **subsequente**.

É possível que as cobranças referentes as contribuições e despesas dos agregados sejam feitas separadamente, por boletos em nome de um deles, sempre com vencimento no dia 7 de cada mês.

## Associados PASA – Aposentados com Valia

Cobrança da taxa de associação, contribuições e coparticipações por descontos em folha de pagamento, respeitando suas margens consignáveis, vencimento **sempre no último dia útil do mês**. Caso o valor exceda ao consignável, serão emitidos boletos com o valor complementar com vencimento no dia 18 de cada mês **subsequente**. Os Associados podem optar pelo recebimento do boleto com vencimento no dia **07**, de forma física\* ou e-mail.





## Associados PASA – Aposentados com Valia

Cobrança da taxa de associação, contribuições e coparticipações por descontos em folha de pagamento, respeitando suas margens consignáveis, vencimento **sempre no último dia útil do mês**. Caso o valor exceda ao consignável, serão emitidos boletos com o valor complementar com vencimento no dia 18 de cada mês **subsequente**. Os Associados podem optar pelo recebimento do boleto com vencimento no dia **07**, de forma física\* ou e-mail.

## Associados PASA – Ex-empregados e Não Participantes Valia

Cobrança da taxa de associação, contribuições e coparticipações por Boleto, sempre com vencimento no dia 7 de cada mês. Os Associados podem optar pelo recebimento do boleto por e-mail, de forma física e via débito e conta. Não há possibilidade de alteração na data de vencimento.







# **Passo a Passo Associação ao PASA**



Acesse a página [www.saudepasa.com.br](http://www.saudepasa.com.br) e clique em “Associe-se”:



The screenshot shows the website interface for www.saudepasa.com.br. The browser address bar displays "Não seguro | www.saudepasa.com.br". The top navigation bar includes "ATENDIMENTO" and "Área restrita: ASSOCIADO". The main navigation menu contains "O PASA", "PLANOS", "SERVIÇOS", "NOTÍCIAS", "ASSOCIE-SE", and "EMISSÃO DE BOLETOS". A red arrow points to the "ASSOCIE-SE" button. Below the navigation bar, there is a search bar with the text "O que você procura?". The main content area features a large red and blue graphic with a yellow banner that reads "a Mundial de Combate à Aids: informação também é proteção". To the right of the graphic, there are two blue buttons: "REDE CREDENCIADA" and "ATUALIZAÇÕES DA REDE".



Clique em “Quero me associar”:

ATENDIMENTO

Área restrita:



ASSOCIADO



PRESTADOR



O PASA ▾

PLANOS ▾

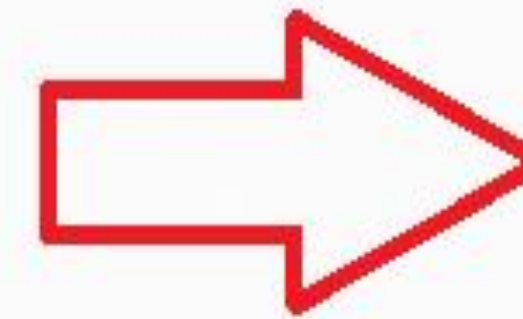
SERVIÇOS ▾

NOTÍCIAS

ASSOCIE-SE

EMIÇÃO DE BOLETOS

O que você procura?



QUERO ME ASSOCIAR



**PASA**

*Garantia do melhor cuidado com o máximo de carinho*



Clique em “Como chegou até aqui”, no item “PASA Premia”:



The screenshot shows a registration form on a dark blue background. At the top left is the PASA logo. Below it is a progress bar with four steps: 'Verificação', 'Dados Pessoais', 'Documentos', and 'Conclusão'. The main form area contains several sections:

- Interesse de adesão \***: A dropdown menu with 'Pai/Mãe' selected.
- Dados do Associado**: Three input fields for 'CPF \*', 'Empresa \*' (a dropdown menu), and 'Matrícula'.
- Dados do Dependente/Agregado**: A dropdown menu with a red arrow pointing to it. The dropdown list includes: 'Intranet', 'E-mail', 'Pati', 'Rede Social', 'Buscador como Google', 'Material impresso como cartaz e boleto', 'Outros', and 'Indicação PASA PREMIA'.
- Data de Nascimento \***: An input field.
- Estado Civil \***: A dropdown menu.
- Cursando Escolaridade \***: A dropdown menu.
- Pessoa Inválida \***: A dropdown menu.
- Próximo >**: A button at the bottom right.



## Preencha os dados cadastrais do Associado:

### Associe-se agora

Preencha o formulário abaixo para se associar ao PASA. Seus dados serão analisados e, em até 48 horas, entraremos em contato por e-mail para informar sobre a conclusão de sua associação.



Verificação



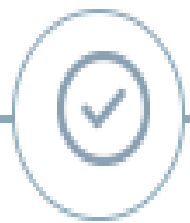
Dados Pessoais



Endereço



Documentos



Conclusão

Nome Completo \*

Data de Nascimento \*

Gênero \*

E-mail Pessoal \*

Nome da Mãe \*

Estado Civil \*

Telefone Residencial

Celular \*

Estado Natal \*

Cidade Natal \*

Portador de Deficiência?  Não  Sim Qual?



## Preencha os dados cadastrais do Associado:

### Associe-se agora

Preencha o formulário abaixo para se associar ao PASA. Seus dados serão analisados e, em até 48 horas, entraremos em contato por e-mail para informar sobre a conclusão de sua associação.



Verificação



Dados Pessoais



Endereço



Documentos



Conclusão

CEP \*

Consultar CEP

Endereço Atual \*

Número \*

Complemento

Bairro \*

Município \*

UF \*

← Voltar

Próximo →



Anexe a documentação, clique em “Estou de acordo” e  
• “Enviar solicitação”:

CPF \*

Anexar arquivo

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

Comprovante de Residência \*

Anexar arquivo

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

Comprovante de vínculo empregatício \*

Anexar arquivo

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

A cobrança mensal referente à associação será debitada em folha de pagamento. Em casos de afastamento temporário por período de férias ou licença médica, por exemplo, ou em ocasião de desligamento da empresa, como deseja receber o boleto de pagamento da taxa associativa? \*

Por E-mail  Via Correios

Em caso de precisarmos entrar em contato com você para questões de dúvidas sobre este formulário, documentos exigidos, bem como para qualquer interação após se tornar associado, por qual canal prefere ser contatado? \*

E-mail  Telefone Residencial  Telefone Celular  Mensagem pelo WhatsApp

Estou de acordo que o PASA colete, registre e armazene os dados pessoais fornecidos, autorizando-o, ainda, a compartilhá-los exclusivamente com as empresas contratadas e conveniadas com a finalidade de cuidado e assistência integral ao associado.

Enviar solicitação de associação



# **Passo a Passo**

## **Adesão aos Planos PASA**



Entre na página [www.saudepasa.com.br](http://www.saudepasa.com.br) e clique em “Planos”:



The screenshot shows the top navigation bar of the PASA website. The main navigation menu includes: O PASA, PLANOS (highlighted with a red arrow), SERVIÇOS, NOTÍCIAS, ASSOCIE-SE, and EMISSÃO DE BOLETOS. Below the main menu, a dropdown menu for 'PLANOS' is visible, listing various plan options categorized by region and type.

Region	Plan Name
PASA 360 São Luís	Brasil
PASA 360 Vitória	PASA Plus
PASA 360 Itabira	Plano PASA
Brasileirinho	
Carioca	
Capixaba	
Mineiro	
DentPASA	
DentPASA Plus	

Navegar por todos os planos do PASA

proteja-se

saiba mais

Escolha o plano de seu interesse\* e clique em “Simular valor” e informe a idade do dependente/agregado:

Home x Plano PASA x +

← → ↻ 🏠 ⚠ Não seguro | saudepasa.com.br/materia/planos/pasa-360-vitoria#simular

## Simulador de Valor

Se você já é nosso associado e deseja incluir um agregado, entre em contato com nossos escritórios.

IDADE DO DEPENDENTE/AGREGADO

+ DEPENDENTE/AGREGADO

R\$ **38,79** + R\$ **201,05**

valor de associação valor total do plano

Dependente 28 anos

SEJA UM ASSOCIADO

**Situação do Plano:**  
Ativo

**Número de Registro:**  
484669199

**Nome comercial:**  
PASA 360

**Forma de Contratação:**  
Coletivo por adesão

**Abrangência Geográfica:**  
Grupo de Municípios

**Segmentação Assistencial:**  
Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

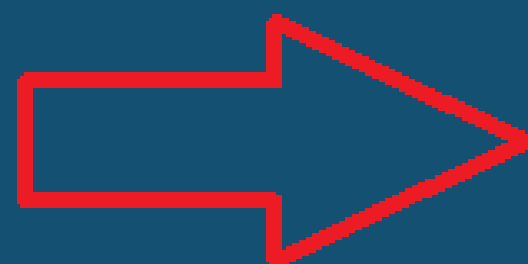
\*Simulação com o plano  
360 Vitória  
28 anos de idade



Clique em “Interesse de adesão” e escolha o grau de parentesco de quem você está incluindo:

## Contrate o plano Pasa 360 Vitória

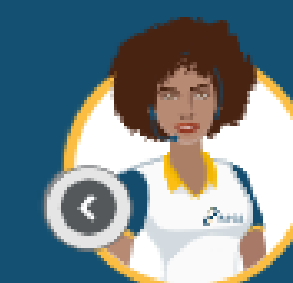
Preencha o formulário abaixo para aderir a um plano PASA para você ou para incluir um agregado. Os dados serão analisados e, em até 48 horas, entraremos em contato para informar a conclusão da adesão.



Interesse de adesão \*

- Próprio
- Pai/Mãe
- Sogro(a)
- Padrasto/Madrasta
- Esposo(a)
- Companheiro(a)
- Filho(a)
- Menor adotado(a)
- Menor Sob Guarda
- Menor Sob Tutela
- Enteado(a)
- Filho(a) do Enteado(a)
- Neto(a)
- Bisneto(a)
- Irmão/Irmã
- Sobrinho(a)

Próximo >



# Preencha os dados cadastrais do Associado e do dependente/agregado:



**Interesse de adesão \***

Pai/Mãe ▾

**Dados do Associado**

CPF \*

Empresa \*

Matrícula

**Dados do Dependente/Agregado**

**Data de Nascimento \***

**Estado Civil \***

**Cursando Escolaridade \***

**Pessoa Inválida \***

- Intranet
- E-mail
- Pati
- Rede Social
- Buscador como Google
- Material impresso como cartaz e boleto
- Outros
- Indicação PASA PREMIA





**Preencha os dados cadastrais do Associado e do dependente/agregado:**

**Dados do Associado**

Nome Completo

Data de Nascimento

E-mail Pessoal

Empresa

CPF

Matrícula

**Dados do Usuário Plano**

CPF

Data de Nascimento

Estado Civil

Nível Escolaridade

Cursando Escolaridade

Pessoa Inválida

Nome Completo \*

E-mail Pessoal \*

Gênero \*

Nome da Mãe \*

Telefone Residencial

Celular \*



## Anexe a documentação, clique em “Estou de acordo” e “Enviar solicitação”:

**CPF \***

[Anexar arquivo](#)

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

**Comprovante de Residência \***

[Anexar arquivo](#)

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

**RG \***

[Anexar arquivo](#)

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

**RG do titular \***

[Anexar arquivo](#)

Nenhum arquivo selecionado

Extensões aceitas: .pdf, .jpg, .png

**A cobrança da mensalidade será debitada na folha de pagamento do Associado Titular.**

**Em caso de precisarmos entrar em contato com você para questões de dúvidas sobre este formulário, documentos exigidos, bem como para qualquer interação após se tornar associado, por qual canal prefere ser contatado? \***

E-mail  Telefone Residencial  Telefone Celular  Mensagem pelo WhatsApp

**Estou de acordo que o PASA colete, registre e armazene os dados pessoais fornecidos, autorizando-o, ainda, a compartilhá-los exclusivamente com as empresas contratadas e conveniadas com a finalidade de cuidado e assistência integral ao associado.**

[Enviar solicitação de adesão](#)

[Voltar](#)





# Documentos Necessários Adesão de Agregados ao Plano PASA

## TITULAR:

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Comprovante de residência: Cópia da conta de luz, telefone ou de cartão de crédito
- ✓ Carta de portabilidade (caso tenha)

## CÔNJUGE:

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Certidão de Casamento

## COMPANHEIRO(A):

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Termo de reconhecimento de União Estável registrada em cartório

## FILHO(A):

- ✓ Certidão de Nascimento ou RG
- ✓ CPF

## ENTEADO(A):

- ✓ Certidão de Nascimento ou RG
- ✓ CPF
- ✓ Certidão de Casamento do titular ou Termo de reconhecimento de União Estável do titular.

## MENOR SOB GUARDA OU TUTELA:

- ✓ Termo de Guarda definitiva ou provisória
- ✓ Termo de Tutela
- ✓ Certidão de Nascimento ou RG
- ✓ CPF



### **SOGRO/SOGRA:**

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Certidão de Casamento do titular ou Termo de Reconhecimento de União Estável do titular

### **PADRASTO E MADRASTA:**

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ Certidão de Casamento dos Pais do titular ou Termo de Reconhecimento de União Estável dos Pais do titular
- ✓ RG do titular

### **PAI E MÃE:**

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ RG do titular

### **IRMÃO(Ã):**

- ✓ RG
- ✓ CPF
- ✓ RG do titular

### **FILHO(A) DO(A) ENTEADO(A):**

- ✓ Certidão de Nascimento ou RG
- ✓ CPF
- ✓ Certidão de Casamento do titular ou Termo de reconhecimento de União Estável do titular
- ✓ RG do(a) enteado(a)

### **BISNETO(A):**

- ✓ Certidão de nascimento ou RG do(a) bisneto(a)
- ✓ CPF
- ✓ RG do(a) filho(a)
- ✓ RG do(a) neto(a)

### **SOBRINHO(A):**

- ✓ Certidão de Nascimento ou RG do sobrinho(a)
- ✓ CPF
- ✓ RG do titular
- ✓ RG do(a) irmão(ã)

### **NETO(A):**

- ✓ Certidão de Nascimento ou RG do(a) neto(a)
- ✓ CPF
- ✓ RG do(a) filho(a)





**4004-0183**

(capitais e regiões metropolitanas)

**0800 722 0183**

(outras regiões)



[www.saudepasa.com.br](http://www.saudepasa.com.br)



@saude.pasa



saude-pasa