

1 – DADOS PESSOAIS

Matrícula do TCU	Nome Completo	Data da Posse
Vínculo com o TCU	<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista Civil <input type="checkbox"/> Pensionista Judicial	
Data de Nascimento	Naturalidade	Estado Civil
CPF	RG	E-Mail
Telefone Residencial	Telefone Comercial	Celular
Nome do Pai	Nome da Mãe	

2 – DADOS SOBRE O PLANO DE SAÚDE

PLANOS AMIL	<input type="checkbox"/> Amil 130	<input type="checkbox"/> Amil 140	<input type="checkbox"/> Amil 150	<input type="checkbox"/> Amil 160
	<input type="checkbox"/> Amil 130 Coparticipação	<input type="checkbox"/> Amil 140 Coparticipação	<input type="checkbox"/> Amil 150 Coparticipação	<input type="checkbox"/> Amil 160 Coparticipação
	<input type="checkbox"/> Amil ONE S 25000			

3 – DADOS FINANCEIROS

Banco	Agência	Conta Corrente
-------	---------	----------------

4- DEPENDENTES

Nome Completo			
CPF	RG	Data de Nascimento	
Estado Civil	Grau de Parentesco	Telefone	Telefone Celular

Nome Completo			
CPF	RG	Data de Nascimento	
Estado Civil	Grau de Parentesco:	Telefone	Telefone Celular

Nome Completo			
CPF	RG	Data de Nascimento	
Estado Civil	Grau de Parentesco	Telefone	Telefone Celular

5 – DECLARAÇÃO DE DEPÊNDÊNCIA ECONÔMICA (Exceto Cônjuge e Companheiro (a))

Declaro para fins de prova junto ao Pro-TCU, que o(s) dependente(s) identificado(s) no item 4 (Dependentes) não possui(em) rendimentos superiores a dois salários-mínimos e vive (em) sob minha dependência exclusiva.



6 – DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento e estar de acordo com o Estatuto e o Regulamento Geral do Pro-TCU – Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União, bem como as normas de adesão ao plano e as regras para a utilização. Me comprometo à realizar os pagamentos referentes a utilização do plano na modalidade de coparticipação que possam ser cobrados posterior ao meu desligamento. Atesto também, que estou ciente de todas as cláusulas do contrato entre o Pro-TCU e a Amil, que inclui as carências para *Parto a Termo (300 dias)* e para *Doenças e Lesões Pré-existentes (720 dias)*.

7 – AUTORIZAÇÃO

Autorizo:

- a) A consulta e/ou atualização de todos os meus dados cadastrais e de meus dependentes que estão arquivados na Diretoria de Saúde - DSAUD/SEGE/SEGEDAM para a Diretoria Administrativa do Pro-TCU;
- b) O desconto em folha de pagamento ou o débito em conta corrente dos valores referentes à contribuição mensal, mensalidade e demais débitos de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes, a favor do Pro-TCU ou de operadora de plano de saúde por esta contratada, de acordo com as disposições do Estatuto e do Regulamento Geral do Pro-TCU e a opção de plano de saúde por mim escolhida.

8 – TERMO DE CONDUTA

No entendimento de que, como associado do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União, sou também responsável pela qualidade do atendimento que me é prestado, comprometo-me a:

1. Acatar o Regulamento e o Estatuto do Pro-TCU, em perfeita sintonia com os fins neles objetivados.
2. Manter uma atitude de correção e lealdade:
 - a) Ao utilizar meu cartão de atendimento, ciente de que o mesmo é pessoal e intransferível, e que devo devolvê-lo no ato do meu desligamento.
 - b) Observando a consignação correta dos valores do meu plano de saúde e dos meus dependentes, sendo sabedor que o débito existente deverá ser pago imediatamente, sob pena prevista no Estatuto e no Regulamento, bem como o crédito devido será ressarcido por esta associação.
3. Tratar com respeito, civilidade e consideração os funcionários do Pro-TCU.
E por razão do acima, manifesto minha ciência das ações ético/disciplinares cabíveis, quer sejam de advertência, suspensão ou de desligamento, nos casos de violação deste Código de Conduta, além das condições previstas no Estatuto e Regulamento do Pro-TCU.

9 – TERMO DE CONSENTIMENTO - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD)

Este termo de consentimento foi elaborado em conformidade com a lei geral de proteção de dados. Consoante ao artigo 5º inciso XII da Lei 13.709/2018, para viabilizar a manifestação livre, informada e inequívoca, pela qual o titular/ responsável concorda com o tratamento de seus dados pessoais.

O Titular/Responsável concorda que o Programa de Assistência a Saúde dos Servidores do Tribunal de Contas da União (Pro-TCU), denominado **Controlador**, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais e dos seus dependentes, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

Dados Pessoais

O Controlador fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do Titular:

Nome completo; Data de nascimento; Número e imagem da Carteira de Identidade (RG); Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); Número e imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH); Fotografia 3x4; Estado civil; Nível de instrução ou escolaridade. Endereço completo, Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail, Banco, agência e número de contas bancárias, Bandeira, número, validade e código de cartões de crédito, Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços do Controlador, Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador.

Finalidades do Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

Possibilitar que o Controlador identifique e entre em contato com o Titular para fins de relacionamento comercial.



Possibilitar que o Controlador elabore contratos comerciais e emita cobranças contra o Titular.

Possibilitar que o Controlador envie ou forneça ao Titular seus produtos e serviços, de forma remunerada ou gratuita.

Possibilitar que o Controlador estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do Titular.

Compartilhamento de Dados

O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular/Responsável com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, inclusive para os casos de ações judiciais ou procedimentos administrativos, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709.

Segurança dos Dados

O Controlador responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o Controlador comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

Término do Tratamento dos Dados

O Controlador poderá manter e tratar os dados pessoais do Titular durante todo o período em que os mesmos forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas neste termo. Dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

O Titular poderá solicitar via e-mail ou correspondência ao Controlador, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados do Titular. O Titular fica ciente de que poderá ser inviável ao Controlador continuar o fornecimento de produtos ou serviços ao Titular a partir da eliminação dos dados pessoais.

Direitos do Titular

O Titular tem direito a obter do Controlador, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição:

I - Confirmação da existência de tratamento;

II - Acesso aos dados;

III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

IV - Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709;

V - Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial;

VI - Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709;

VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;

VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

IX - Revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

Direito de Revogação do Consentimento

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao Controlador.

DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Data:

Assinatura: _____

OBS: Anexar os documentos previstos no parágrafo único do art. 4º e 5º do Regulamento Geral do Pro-TCU, conforme o caso.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DO Pro-TCU

Data:

Assinatura:

ANÁLISE DA GERÊNCIA EXECUTIVA

a) Vigência do Plano:

b) Carência: Sim Não

c) Portabilidade: Sim Não

Data:

Assinatura:



PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
ANS - nº 326305
Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

Número da Proposta Contratual da Empresa	CPF do Titular
Nome Completo do Titular	
Nome do dependente 1	
Nome do dependente 2	
Nome do dependente 3	

Carta de orientação ao beneficiário

Prezado(a) beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à Saúde e tem como missão defender o interesse público, vem aqui prestar informações para o preenchimento da Declaração de Saúde.

O que é a Declaração de Saúde?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde no qual o beneficiário, ou seu representante legal, deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **deve declarar essa doença ou lesão.**

Ao declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação:

A operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isso ocorra, encaminhe denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade pago ao plano privado de assistência à Saúde para que se possa utilizar toda a cobertura contratada após os prazos de carência contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC - tomografia, ressonância, endoscopia etc.), **exclusivamente** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados a partir da assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para essa doença ou lesão.

Rubrica do proponente responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor

1/4




Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

Ao não declarar as doenças e/ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador no momento da contratação:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo à ANS, denunciando a omissão da informação. Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **rescindir** o contrato por **fraude** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso ocorram, encaminhe denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária (CPT) **não** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

Para consultar a lista completa de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário.

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF

Assinatura do proponente responsável

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____
Nome legível, assinatura e CPF

Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

Declaração de Saúde

1 No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um profissional de sua confiança, caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. 2 A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, como sendo aquelas de que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. 3 Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida, pela Amil, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. 4 Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente à ANS as provas concretas de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento. 5 A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato.

Nesse caso, V.Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Quadro I – Declaração de Saúde

Preenchimento pelo proponente titular, por si e pelo(s) dependente(s)		Responda escrevendo "sim" ou "não"			
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
Informe se é portador ou se já sofreu de					
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).				
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).				
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).				
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).				
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio de septo nasal, entre outras).				
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras).				
7	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).				
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outras).				
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.				

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor

3/4




Declaração de Saúde para beneficiário pessoa jurídica

Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “sim” ou qualquer outra doença que não se encontre listada no Quadro I, para qualquer um dos beneficiários, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos

Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
Peso				
Altura				

Quadro IV – Entrevista Qualificada

(A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.)

1 Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

2 Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil Assistência Médica no preenchimento desta Declaração de Saúde.

3 Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da Amil informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local e data de venda/vigência

Assinatura do proponente responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor

4/4


