

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	Data de Filiação	
CPF	RG	E-Mail		
Telefone Residencial	Telefone Comercial	Celular		
Nome do Pai		Nome da Mãe		

2 – DADOS SOBRE O PLANO DE SAÚDE

PLANOS BRADESCO	<input type="checkbox"/> Nacional Flex Apartamento	<input type="checkbox"/> Top Nacional Enfermaria
	<input type="checkbox"/> Top Nacional Apartamento	<input type="checkbox"/> Top Nacional Plus 3 Apartamento

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. **Declaro ainda, estar ciente que a renovação do contrato com Bradesco Seguros se dará em maio de 2018, pois o aniversário dos planos coletivos por adesão da seguradora ocorre no mês informado.** Atesto também, que estou ciente de todas as cláusulas do contrato entre o Pro-TCU e a Bradesco.

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/SEGEP/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.

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) Data de Início do Atendimento:

b) Cumprimento de Carência: Sim Não

Data:

Assinatura:



Declaração de Saúde

OPS nº5

Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.



ANS = nº 41.764-5



ANS - nº 005711

Para o preenchimento da Declaração de Saúde abaixo, V.Sª poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A. Se V.Sª preferir algum médico referenciado para realização da consulta, esta não lhe trará qualquer ônus. A consulta também pode ser feita com um médico não referenciado de sua escolha e, nesse caso a despesa ficará por sua conta. **Os campos de 1 a 31 deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.**

		Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
1.	É portador de diabetes? Se sim, informe no quadro ao final deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas.					
2.	É portador de alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
3.	É portador de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).					
4.	É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infectocontagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
5.	Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.					
6.	É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.					
7.	É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.					
8.	É portador de hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
9.	É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
10.	É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio do septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
11.	É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
12.	É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
13.	É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
14.	É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
15.	É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
16.	É portador de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período do tratamento.					
17.	É portador de alguma doença do sangue, tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
18.	Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data da transfusão e o motivo.					
19.	É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.					
20.	É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto no ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
21.	É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
22.	É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.					
23.	É portador de varizes? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
24.	É portador de alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.					



Declaração de Saúde

OPS nº5

Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.



Nunes & Grossi
Benefícios

ANS - nº 41.764-5



Bradesco
Saúde

ANS - nº 005711

		Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
25.	É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, próteses ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento.					
26.	É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.					
27.	Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.					
28.	É portador de qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
29.	É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.					
30.	Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.					
31.	Tem indicação para submeter-se proximo a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.					

Características Biométricas

Titular Dep.1 Dep.2 Dep.3 Dep.4

1. Altura em metros (por exemplo: 1,80)

2. Peso em kg (por exemplo: 81)

ATENÇÃO: RESPONDER, DE PRÓPRIO PUNHO, O QUESTIONÁRIO APRESENTADO A SEGUIR FORNECENDO INFORMAÇÕES/ESCLARECIMENTOS COMPLEMENTARES SEMPRE QUE A RESPOSTA TENHA SIDO POSITIVA.

Se a resposta a algum dos itens acima for positiva, para qualquer um dos proponentes, responder de acordo com o que foi solicitado, especificando o item e o código do proponente. Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários

Item	Beneficiário	Data Evento	Esclarecimentos



Declaração de Saúde

OPS nº5

Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.



ANS - nº 41.764-5



ANS - nº 005711

Informações importantes:

1. No preenchimento desta Declaração de Saúde, V.Sª tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. Caso opte pela orientação de médico referenciado, solicite ao seu Corretor a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar este procedimento.
3. Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.Sª tenha conhecimento no momento de assinatura da proposta deste grupo, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretende incluir no plano.
4. Havendo Declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida pela Bradesco Saúde a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na forma determinada pela lei nº9.656/98 e sua atualização.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) - V.Sª ou qualquer um de seus dependentes não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Nenhuma cobertura poderá ser negada a V.Sª, ou a qualquer um de seus dependentes, para doenças ou lesões preexistente não declarada, até que a Bradesco Saúde apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que V.Sª omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração de Saúde. ATÉ A DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual V.Sª saiba ser portador no momento de preenchimento dessa declaração, para si ou para qualquer dependente, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do seguro. 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 recebido comunicado ou notificação da Bradesco Saúde alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Artigo 766 do Código Civil Brasileiro - "se o Segurado por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido."

DEFINIÇÕES IMPORTANTES:

Conforme os normativos da ANS, seguem as definições de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo:

Cobertura Parcial Temporária (CPT): período de 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura para eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM nº3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

Agravo: acréscimo no valor da mensalidade do seguro de saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A Bradesco Saúde não pratica Agravo.

Entrevista Qualificada:

1. Declaro que fui orientado por médico credenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da declaração de saúde.
2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não credenciado Bradesco Saúde, no preenchimento da declaração de saúde.
3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

Médico Orientador (quando for o caso): () Credenciado pela Operadora () Particular

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Beneficiário Titular ou seu representante Legal preencher, de próprio punho, esta declaração.

Assinatura do médico sob carimbo (com nome, CRM e CPF)

Local

Data

Assinatura do Proponente (Beneficiário) Titular
ou seu Representante Legal

Contratante (Assinatura sob carimbo)

