Pro-TCU

Inscrição de Titular e Dependentes

Bradesco Saúde

ANS - nº 005711

1 – DADOS PESSOAIS

Matrícula do TCU	Nome Completo	Data da Posse

Vínculo com o TCU ☐ Ativo ☐ Aposentado ☐ Pensionista Civil ☐ 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	☐ Top Nacional Enfermaria	☐ Top Nacional Apartamento	☐ 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.

As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

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. Atesto também, que estou ciente de todas as cláusulas do contrato entre o Pro-TCU e a Bradesco Saúde.

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.

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.

As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

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	**ANÁLISE DA GERÊNCIA EXECUTIVA**
Data:	a) Vigência do Plano: b) Carência: ☐ Sim ☐ Não c) Portabilidade: ☐ Sim ☐ Não Data:
Assinatura:	Assinatura:

As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

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 – nº41.764-5

Bradesco Saúde
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.	Submeteu-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 sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de sequela.					

As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

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 - nº41.764-5

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 proximamente 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

As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.

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 – nº41.764-5

Bradesco Saúde
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 preexiste 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 CONTRATRO 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 partida 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)

As informações contidas neste formulário são confidenciais. A reprodução deste documento sem o consentimento das partes é vedada e passível das penas previstas na Lei 13.709/2018.