



## TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS

### Dados Beneficiário(a) Titular

Matrícula:	Nome completo:	Data nascimento:		
CPF:	Nº Cartão SUS:			
Endereço:				Nº
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:		E-mail:	

### Adesão, Declaração de Responsabilidade e Ciência sobre o uso de dados pessoais

Solicito minha **inclusão** como beneficiário Titular no Plano de Benefícios, entre eles o Plano de Saúde – PAMHO concedido pela ITAIPU Binacional, assim como a inclusão do(s) Dependente(s) listado(s) no(s) ANEXO(s), declarando que as informações por mim prestadas para tais fins são expressão da verdade, sob pena de responsabilização pessoal por declarações falsas.

Declaro estar ciente quanto às condições e regras estabelecidas no Plano de Benefícios, as quais estão previstas em Normas Internas e/ou por Acordo Coletivo de Trabalho pela ITAIPU, obrigando-me à utilização conforme seus termos, bem como a comunicar a empresa, imediatamente, toda situação que implique na modificação da condição dos dependentes beneficiários (ex.: inclusão, exclusão etc.), sob pena das providências cabíveis pela operadora do Plano.

Estou ciente e autorizo que a ITAIPU Binacional proceda, por meio de débito em folha de pagamento ou folha de complementação, descontos decorrentes da utilização do Plano de Saúde em acordo com os normativos aplicáveis, bem como eventuais despesas realizadas indevidamente, seja pelo Titular ou beneficiário(s) dependente(s).

Em conformidade com a Lei 13.709/2018, declaro estar ciente de que:

1. A ITAIPU Binacional necessita utilizar meus dados pessoais para poder ofertar e operacionalizar o Plano Médico Hospitalar, além de outros benefícios em saúde;
2. Meus dados serão utilizados, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, para a prestação de serviços de saúde ou por autoridade sanitária, bem como para realizar as transações financeiras, estatísticas e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços que constam desses benefícios;
3. A ITAIPU poderá compartilhar meus dados pessoais para a realização de atendimentos, auditorias, cálculos atuariais, cumprimento de obrigações legais, execução de contrato e exercício regular de direitos em processos, relacionados ao Plano de Saúde, observadas as Políticas e Normas de Segurança da Informação, Privacidade e Proteção de Dados Pessoais da ITAIPU e, sempre que possível, de forma anonimizada; e
4. A ITAIPU disponibiliza canais de comunicação para o exercício dos meus direitos previstos na legislação sobre o uso de dados pessoais.

Local:

Data:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR

### Para uso da ITAIPU

Pedido deferido a partir de:    /    /