

Dados Beneficiário(a) Titular

Matrícula: _____ Nome completo: _____

1) Dados Beneficiário(a) Dependente Maior de 18 Anos

Nome completo: _____ Data nascimento: _____

CPF: _____ Nº Cartão SUS: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Tipo de Dependente: _____

2) Dados Beneficiário(a) Dependente Maior de 18 Anos

Nome completo: _____ Data nascimento: _____

CPF: _____ Nº Cartão SUS: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Tipo de Dependente: _____

Inclusão de Dependente(s)

Solicito a **inclusão** do(s) dependente(s) listados acima como beneficiário(s) do Plano de Benefícios da ITAIPU BINACIONAL, declarando serem as informações prestadas expressão da verdade, sob pena de responsabilização pessoal por declarações falsas.

Local: _____ Data: _____

ASSINATURA DO TITULAR

Declaração de Ciência sobre o uso de dados pessoais

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

1. Que a ITAIPU Binacional necessita utilizar meus dados pessoais para poder ofertar e operacionalizar o Plano Médico Hospitalar, além de outros benefícios em saúde;
2. Que 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. Que 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;
4. Que o beneficiário titular, como responsável pela utilização do Plano, conforme Regulamento, poderá ter acesso aos meus dados pessoais necessários para a verificação e fiscalização de cobranças dos procedimentos por mim realizados; e
5. Que a ITAIPU disponibiliza canais de comunicação para o exercício dos meus direitos previstos na legislação sobre o uso de dados pessoais.

ASSINATURA DO DEPENDENTE 1

ASSINATURA DO DEPENDENTE 2

Para uso da ITAIPU

Pedido deferido a partir de: / /