

### Dados Beneficiário(a) Titular

Matrícula:

Nome completo:

### 1) Dados Beneficiário(a) Dependente Enteadado Menor de 18 anos

Nome completo:

Data nascimento:

CPF:

Nº Cartão SUS:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Nome do Representante Legal:

**Tipo de Dependente:**

### 2) Dados Beneficiário(a) Dependente Enteadado Menor de 18 anos

Nome completo:

Data nascimento:

CPF:

Nº Cartão SUS:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Nome do Representante Legal:

**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

### Consentimento Lei Geral de Proteção de Dados

Em conformidade com a Lei 13.709/2018, NOME, CPF do representante legal, autoriza a ITAIPU Binacional a utilizar os dados pessoais do menor acima identificado para ofertar e operacionalizar o Plano Médico Hospitalar além de outros benefícios em saúde e declara estar ciente de:

1. Que os dados pessoais 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;
2. Que a ITAIPU poderá compartilhar os 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;
3. Que o beneficiário titular, como responsável pela utilização do Plano, conforme Regulamento, poderá ter acesso aos dados pessoais necessários para a verificação e fiscalização de cobranças dos procedimentos realizados; e
4. Que a ITAIPU disponibiliza canais de comunicação para o exercício dos direitos previstos na legislação sobre o uso de dados pessoais.
5. Que a revogação deste consentimento de utilização de dados impede a ITAIPU de ofertar a cobertura destes benefícios aos beneficiários.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL 1\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL 2

### Para uso da ITAIPU

Pedido deferido a partir de: / /