

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE ESPECIAL ENTRE 21 e 39 ANOS

1. Dados Funcionais do Servidor		
Nome do Servidor	Matrícula	Data de Admissão no TRE-DF
CARGO/FUNÇÃO	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
LOTAÇÃO/RAMAL	TELEFONE RESIDENCIAL	ESTADO CIVIL
SITUAÇÃO FUNCIONAL		
() SERVIDOR ATIVO () CEDIDO / LOTAÇÃO PROVISÓRIA () REQUISITADO () INATIVO		

2. Solicitação

CONFORME ART. 1º, DA RESOLUÇÃO Nº 7842 DE 05 DE MARÇO DE 2020, QUE ALTERA O § 8º DO ART. 8º DO ANEXO I DA RESOLUÇÃO 7.694, DE 2016, SOLICITO A INCLUSÃO DO(S) DEPENDENTE(S) ABAIXO DECLARADO(S) DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E BENEFÍCIOS SOCIAIS DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL – TRE-SAÚDE.

Nome do(s) Dependente(s)	Sit. De Dependência	Sexo
CPF:	RG:	
Nome do(s) Dependente(s)	Sit. De Dependência	Sexo
CPF:	RG:	
Nome do(s) Dependente(s)	Sit. De Dependência	Sexo
CPF:	RG:	

4. Termo de Compromisso

DOCUMENTAÇÕES APRESENTADAS: CPF, RG, CERTIDÃO DE NASCIMENTO PARA COMPROVAÇÃO DE NETO(A) E FORMULÁRIO DO CPT PREENCHIDO.(EM ANEXO)

ATO Nº 1 DE 2020 QUE DISPÕE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT. CITO:

ART. 1º O BENEFICIÁRIO TITULAR E DEPENDENTES DEVERÃO INFORMAR, POR MEIO DE FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE, O CONHECIMENTO DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À ÉPOCA DO INGRESSO NO TRE-SAÚDE.

COMPROMETO-ME A INFORMAR À ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA DO TRE-SAÚDE, QUAISQUER ALTERAÇÕES DO MEU CADASTRO, DESIGNAÇÃO PARA EXERCER CARGO EM COMISSÃO OU FUNÇÃO COMISSIONADA, NO PRAZO MÁXIMO DE 10 (DEZ), DIAS SOB PENA DE ARCAR COM AS RESPONSABILIDADES PELO ONUS DO USO DO PROGRAMA.

SERVIDOR ATIVO: AUTORIZO O **TRE-SAÚDE** A PROMOVER OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA EFETUAR O DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL E COPARTICIPAÇÃO, CONFORME O PREVISTO NO § 8º DA RESOLUÇÃO Nº 7842 DE 05 DE MARÇO DE 2020.

SERVIDOR REQUISITADO/CEDIDO/LOTAÇÃO PROVISÓRIA: AUTORIZO O **TRE-SAÚDE** A PROMOVER OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA EFETUAR O DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL E COPARTICIPAÇÃO, CONFORME O PREVISTO NO § 8º DA RESOLUÇÃO Nº 7842 DE 05 DE MARÇO DE 2020.

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS E QUE CONHEÇO TODO TEOR DA RESOLUÇÃO 7842, DE 05 DE MARÇO DE 2020 E SEUS ANEXOS.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Instruções Gerais:

1. O objetivo dessa Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões que você saiba ser portador(a) ou sofredor(a) no momento da adesão ao TRE-SAÚDE. A declaração de enfermidades não implicará em impedimento à adesão ao TRE-SAÚDE.
2. A Declaração de Saúde deve ser devidamente preenchida, datada e assinada pelo beneficiário ou, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz, pelo seu representante legal.
3. Todas as páginas da declaração de saúde devem ser rubricadas.
4. Para cada doença ou lesão listada nessa declaração, você deve assinalar NÃO, caso esteja ciente de que não é portador(a) de tal condição, ou SIM caso esteja ciente de que é portador(a) do problema. Para todas as respostas SIM, você deverá especificar a doença, informando o(s) diagnóstico(s), tempo de evolução e tratamento(s) realizado(s). Se necessitar de espaço adicional, você pode usar o campo para observações ao final da Declaração.

Nome: _____	Data de Nascimento: _____/_____/_____
<input type="checkbox"/> Titular	
<input type="checkbox"/> Dependente (nome do titular: _____)	
<input type="checkbox"/> Cônjuge ou companheiro(a)	
<input type="checkbox"/> Filho(a) ou enteado(a)	
<input type="checkbox"/> Beneficiário especial (filhos ou enteados de 21 a 29 anos que não se enquadrem como estudantes)	

Idade: _____	Peso: _____	Altura: _____
--------------	-------------	---------------

1. Você está em tratamento para algum problema de saúde? Qual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
---	------------

2. Nasceu com algum problema de saúde? Tem problemas congênitos ou alguma síndrome genética? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica _____ _____ _____
---	---------------------------------------

3. Já foi operado alguma vez? Quando e por quê? Apresenta alguma sequela? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
--	------------

4. Já foi submetido a alguma transfusão de sangue? Quando? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
---	------------

5. Você tem diabetes? Problemas na tireóide? Outros problemas endócrinos ou hormonais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
---	------------

6. Você tem problemas ginecológicos? Por exemplo, tem ou teve cistos ovarianos, miomas, endometriose ou outros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
--	------------

7. Você já engravidou? Quantas vezes? Houve dificuldade para engravidar ou necessidade de tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
--	------------

8. Você teve problemas durante a gestação ou parto? Houve diabetes, pré-eclampsia, ou outros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
--	------------

9. Você tem ou teve problemas nas mamas? Há nódulos, cistos ou outras lesões? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
--	------------

<p>10. Apresenta problemas nos rins? Tem ou teve insuficiência renal, nefrite ou outros problemas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11. Apresenta doenças nas vias urinárias? Tem ou teve cálculos, incontinência ou outros problemas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>
<p>12. Você tem ou teve problemas na próstata?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>
<p>13. Você tem ou teve algum problema nas articulações, como artrose, lesões de ligamentos, tendinites ou outros?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>
<p>14. Você tem doenças reumáticas, como lúpus, artrite reumatoide, vasculites, ou outras?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>
<p>15. Você tem ou teve problemas na coluna? Qual(is)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>
<p>16. Você tem ou teve problemas nos ossos, como osteoporose, fraturas, tumores ou outros?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>
<p>17. Você tem ou teve problemas de pele?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Especifica</p>

<p>18. Você tem ou teve alguma doença do sistema nervoso, como Parkinson, epilepsia, AVC, miastenia, ou outra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>19. Você sofre de algum problema no sangue? Tem ou teve anemia, trombose, ou outra doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>20. Você sofre de problemas oculares? Tem ou teve catarata, doenças na retina, glaucoma, ou outras doenças? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>21. Você sofre de alguma doença dos ouvidos, nariz ou garganta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>22. Você tem ou teve doenças no fígado, intestino, pâncreas ou outro problema do aparelho digestório? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>23. Você sofre de alguma respiratória? Tem ou teve asma, bronquite, enfisema, ou outra doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>24. Você sofre de alguma doença dos ouvidos, nariz ou garganta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica
<p>25. Você sofre de algum problema cardíaco? Tem ou teve arritmias, angina, infarto, ou outras doenças? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Especifica

26. Você tem alguma doença das artérias ou veias, como varizes, obstruções, aneurismas, ou outros problemas?	Especifica
--	------------

27. Você sofre de algum problema mental? Tem ou teve depressão, psicoses ou outros problemas?	Especifica
---	------------

28. Você tem, usa ou usou órteses ou próteses? Tem alguma deficiência física, visual ou auditiva?	Especifica
---	------------

29. Você tem ou teve câncer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
---	------------

Se desejar, utilize o espaço abaixo para informações adicionais sobre sua saúde

A presente declaração foi preenchida <input type="checkbox"/> com auxílio de médico (nome: _____ CRM: _____ <input type="checkbox"/> de forma independente, sem auxílio médico
--

DECLARAÇÃO Declaro que as informações são a expressão da verdade e, em caso de identificação de doença ou lesão preexistente, estou de acordo com a aplicação de Cobertura Parcial Temporária. Estou ciente de que a omissão de informações sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes das quais saiba ser portador(a) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde pode caracterizar fraude e acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato, e que serei responsável pelo pagamento integral de eventuais despesas realizadas indevidamente. Brasília, ____/____/____ Assinatura: _____
