

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE PENSIONISTA

1. Dados Funcionais do Servidor		
INSTITUIDOR DE PENSÃO		Matrícula
NOME DO PENSIONISTA		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
ENDEREÇO		ESTADO CIVIL
TELEFONE RESIDENCIAL	NATURALIDADE	CEP
CPF :	RG :	DATA DE NASCIMENTO

2. Solicitação

CONFORME ART. 1º, INCISO III, DO ATO NORMATIVO Nº 1 QUE REGULAMENTA A RESOLUÇÃO Nº 7853 DE 2020, SOLICITO MINHA INSCRIÇÃO COMO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E BENEFÍCIOS SÓCIAIS DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL – TRE-SAÚDE.

DECLARO CONHECER E ESTAR DE ACORDO COM OS TERMOS CONTIDOS NO REGULAMENTO GERAL DO PROGRAMA E QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE RESPONSABILIDADE.

BENEFICIÁRIO DE PENSÃO:

AUTORIZO O **TRE-SAÚDE** A PROMOVER OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA EFETUAR O DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL, CONFORME O PREVISTO NO ART.1º E O DESCONTO DO CUSTEIO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS UTILIZADOS, CONFORME O PREVISTO NO ART. 2º. DO ATO NORMATIVO Nº 4, QUE REGULAMENTA A RESOLUÇÃO Nº 7853 2020.

3. Observação

APRESENTAR OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INCLUSÃO NO PROGRAMA DE ACORDO COM O ATO NORMATIVO Nº 2, ART 9º CITO:

ART. 2º 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.

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>	Específica
<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>	Específica
<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>	Específica
<p>21. Você sofre de alguma doença dos ouvidos, nariz ou garganta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Específica
<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>	Específica
<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>	Específica
<p>24. Você sofre de alguma doença dos ouvidos, nariz ou garganta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	Específica
<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>	Específica

26. Você tem alguma doença das artérias ou veias, como varizes, obstruções, aneurismas, ou outros problemas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

27. Você sofre de algum problema mental? Tem ou teve depressão, psicoses ou outros problemas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Especifica
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

28. Você tem, usa ou usou órteses ou próteses? Tem alguma deficiência física, visual ou auditiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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: _____
