

Proposta de Adesão de Dependente ou Agregado ao Plano de Saúde STF-Med

Dados do Titular

Nome completo		Matrícula	
E-mail particular			
E-mail institucional			
Telefone residencial		Telefone celular	

Dados do(s) Dependente(s) ou Agregado(s)

Nome		Sexo	☐ masculino	☐ feminino
Nome da mãe				
Nome do pai				
Tipo de beneficiário	☐ dependente		☐ agregado	
Parentesco	☐ cônjuge/companheiro	☐ ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia	☐ pai, mãe, padrasto ou madrasta	
	☐ filho, enteado, menor sob guarda ou tutelado	☐ irmão		
CPF		Data de nascimento		Estado civil
Situação de renda (apenas para agregados)		☐ possui renda	☐ recebe proventos de pensão	☐ não possui renda
Endereço			Bairro	
Cidade			CEP	UF
E-mail		Telefone fixo		Telefone celular

Nome		Sexo	☐ masculino	☐ feminino
Nome da mãe				
Nome do pai				
Tipo de beneficiário	☐ dependente		☐ agregado	
Parentesco	☐ cônjuge/companheiro	☐ ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia	☐ pai, mãe, padrasto ou madrasta	
	☐ filho, enteado, menor sob guarda ou tutelado	☐ irmão		
CPF		Data de nascimento		Estado civil
Situação de renda (apenas para agregados)		☐ possui renda	☐ recebe proventos de pensão	☐ não possui renda
Endereço			Bairro	
Cidade			CEP	UF
E-mail		Telefone fixo		Telefone celular

Nome		Sexo	☐ masculino	☐ feminino
Nome da mãe				
Nome do pai				
Tipo de beneficiário	☐ dependente		☐ agregado	
Parentesco	☐ cônjuge/companheiro	☐ ex-cônjuge com percepção de pensão alimentícia	☐ pai, mãe, padrasto ou madrasta	

		☐ filho, enteado, menor sob guarda ou tutelado		☐ irmão			
CPF			Data de nascimento			Estado civil	
Situação de renda (apenas para agregados)			☐ possui renda		☐ recebe proventos de pensão		☐ não possui renda
Endereço					Bairro		
Cidade					CEP		UF
E-mail			Telefone fixo			Telefone celular	

Termo de Adesão

Solicito a inscrição do(s) dependente(s) ou agregado(s) acima como beneficiário(s) do Plano de Saúde STF-Med.

Declaro sob as penas do art. 299 do Código Penal, que as informações prestadas acima são a expressão da verdade.

Declaro que entreguei a(s) documentação(ões) necessária(s) para o reconhecimento da dependência econômica na Secretaria de Gestão de Pessoas e que meu(s) dependente(s) e agregado(s) cumpre(m) as condições estabelecidas em normas do Supremo Tribunal Federal, no Regulamento Geral do STF-Med e em atos deliberativos próprios, cujas publicações estão disponíveis em <http://saude.stf.ius.br/>.

Declaro estar ciente de que, a critério da Coordenadoria de Gestão do STF-Med, deverei apresentar outros documentos que comprovem a dependência do(s) beneficiário(s), bem como que **deverei comunicar de imediato qualquer alteração cadastral ou ocorrência de fatos que determinem a exclusão do(s) beneficiário(s) indicado(s).**

Termo de Ciência para Tratamento de Dados Pessoais

(Lei nº 13.709/2018)

Coleta e Uso de Dados Pessoais:

Estou ciente de que os dados pessoais fornecidos, tais como nome completo, CPF, data de nascimento, informações sobre a situação funcional (ex.: ministro, efetivo, cedido, etc.), dados de contato e demais informações solicitadas, serão utilizados para a análise, processamento e gestão de minha adesão como beneficiário titular ao Plano de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais do Supremo Tribunal Federal (STF-Med). Esses dados, bem como outros de uso da rede credenciada, também serão utilizados para atividades de cadastro, auditoria de contas e regulação técnica, financeira e atuarial no âmbito do STF-Med.

Base Legal:

O tratamento dos meus dados pessoais fundamenta-se no cumprimento de obrigação legal e na execução de políticas públicas, conforme o artigo 7º, incisos II e III, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), visando garantir os benefícios sociais e de saúde oferecidos pelo STF.

Armazenamento e Segurança:

Reconheço que meus dados serão armazenados de forma segura, acessíveis apenas à Coordenadoria de Gestão do STF-Med, e protegidos por medidas de segurança adequadas, como controle de acesso restrito, em conformidade com a Política de Privacidade do Supremo Tribunal Federal.

Retenção de Dados:

Estou ciente de que meus dados serão mantidos durante o período em que eu for beneficiário do STF-Med e, após esse período, serão arquivados pelo tempo necessário para o cumprimento de obrigações legais e auditoria, sendo posteriormente cancelados conforme a Política de Privacidade.

Direitos do Titular:

Tenho ciência de que possuo o direito de solicitar acesso, retificação, exclusão, portabilidade dos meus dados pessoais, além de exercer outros direitos assegurados pela LGPD, conforme disposto nos artigos 18 e seguintes da referida lei.

Política de Privacidade:

Estou ciente e de acordo com a Política de Privacidade de Proteção de Dados Pessoais do Supremo Tribunal Federal, regulamentada pela Resolução STF nº 759/2021.

Anexar cópia de RG e CPF ou certidão de nascimento do(s) beneficiário(s).

Observações:

Local e Data:

Assinatura do titular: