**#10**

**FOP 368.02 - TERMO DE INCLUSÃO/RENOVAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

**NO PLANO POSTAL VIVER SAÚDE - POSTALIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **BENEFICIÁRIO TITULAR** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Civil** (Completo e sem abreviação)**:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Social** (Completo e sem abreviação)**:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Matrícula funcional:** | | | | | | | | | | | | | **CPF:**    .   .   - | |
| **DEPENDENTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Civil** (Completo e sem abreviação)**:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Social** (Completo e sem abreviação)**:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de Dependente:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Cônjuge ou companheiro(a), inclusive os do mesmo sexo, com ou sem filhos em comum. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Filho(as), inclusive os adotivos(as), enteados(as), solteiros(as) e com idade até 21 (vinte e um) anos. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Filho(as), inclusive os adotivos(as), enteados(as), solteiros(as) e com idade até 21 (vinte e um) anos e inferior a 24 (vinte e quatro), desde que estejam cursando ensino superior. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Filhos(as) inválidos(as), inclusive os adotivos(as) e enteados(as), solteiros(as), com idade superior a 21 (vinte e um) anos. | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento:   /  / | | | | CPF: | | RG: | | | Órgão Emissor: | | | | | Data da Expedição:   /  / |
| Nome da mãe (Completo e sem abreviação): | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do pai (Completo e sem abreviação): | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº da declaração de Nascido Vivo: | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº do Cartão Nacional de Saúde: | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estado Civil:** | | | | | | | | | | | **Sexo:** | | | |
| **Identidade de Gênero:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| **CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO - LGPD** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Concordo com o tratamento dos meus dados pessoais e sensíveis pela POSTAL SAÚDE, para as seguintes finalidades: (a) adesão a planos de saúde e sua gestão; (b) inclusão de beneficiários nos planos contratados; (c) contato telefônico, postal ou por e-mail com beneficiários e seus dependentes para comunicação institucional e atendimentos a demandas específicas; (d) autorização de procedimentos; (e) efetivação de reembolsos solicitados; (f)análise de pedidos de procedimentos alternativos; (g) cumprimento de obrigações legais ou regulatórias; (h) outras atividades contratadas junto à empresa, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). 2. A POSTAL SAÚDE está autorizada a tratar os meus dados pessoais necessários para as finalidades acima descritas, incluindo: nome completo, documentos pessoais (RG, CPF, CNH...), data de nascimento, estado civil, endereço, telefones, contas bancárias, fotografias, conversas telefônicas, podendo tomar decisões referentes ao tratamento, quando do cumprimento de sua finalidade. 3. A POSTAL SAÚDE está por mim autorizada a compartilhar os meus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, desde que necessários ao cumprimento da finalidade proposta, observando-se o disposto na LGPD. 4. Declaro, para os devidos fins, que fui informado sobre a possibilidade de obter da POSTAL SAÚDE, a qualquer momento, mediante requisição, todas as informações constantes no art. 18, da Lei 13.709/20182. 5. Declaro que fui devidamente informado pela POSTAL SAÚDE que este consentimento poderá ser revogado a qualquer momento, mediante requisição. 6. Ciente que a revogação ao meu consentimento poderá implicar, para mim e meus dependentes, na inviabilidade de execução das finalidades descritas neste termo. | | | | | | | | | | | | | | |
| **TERMOS E CONDIÇÕES** | | | | | | | | | | | | | | |
| Pelo presente Termo, declaro para todos os fins legais que:   1. Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de utilização indevida do Plano Postal Viver Saúde. 2. Cumprirei os períodos de carência conforme disposto no regulamento do plano. 3. Estou ciente de que o início da vigência do Plano Postal Viver Saúde se dará somente após análise da elegibilidade. 4. Estou ciente da disponibilização da rede credenciada no portal da Postal Saúde ([www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)). 5. Recebi na presente data o Regulamento do Plano Postal Viver Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e a Guia de Leitura Contratual (GLC). 6. Autorizo o Postalis a recolher os valores oriundos de coparticipação e mensalidade por meio de desconto em folha de pagamento. 7. Li e concordo com as regras que regem o Plano Postal Viver Saúde. 8. Estou ciente da minha obrigação de manter os dados de contato atualizados na Postal Saúde, sempre que houver alteração. 9. São consideradas inclusões fora do prazo, quando solicitada após 150 dias da data da admissão ou 30 dias da data do evento (nascimento/adoção, casamento ou união estável). Os beneficiários incluídos após os períodos estabelecidos para adesão terão carência, conforme consta no regulamento do Plano Postal Viver Saúde. 10. Desejo receber de forma gratuita, através dos canais de comunicação (SMS, E-mail e outros), informações e novidades, sobre os serviços prestados por esta operadora “Postal Saúde”. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sim, gostaria de receber** | | | | | | | | **Não, gostaria de receber** | | | | | | |
| **LOCAL, DATA E ASSINATURA** | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.  Local e Data: | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Assinatura do beneficiário titular | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do dependente ou responsável\* | | | | | | |

Obs.: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Postal Saúde responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto.

\*Em caso de dependente menor de idade deverá constar a assinatura dos pais ou do responsável legal.

