



TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

PRO-SOCIAL - DECLARAÇÃO DE SAÚDE**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR**

Nome Social* do Beneficiário Titular (<i>quando houver</i>):			
Nome Civil do Beneficiário Titular:		Matrícula:	
E-mail:		Telefone:	()

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

O Programa de Assistência aos Magistrados e Servidores da Justiça Federal de Primeiro e Segundo Grau da Primeira Região - PRO-SOCIAL, programa de autogestão pública em saúde, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **Declaração de Saúde**, formulário obrigatório para adesão ao Programa, conforme estabelecido no inciso I, alínea "f", do artigo 5º da Resolução Presi 10393449, que altera o Regulamento Geral do Pro-Social.

O preenchimento da Declaração de Saúde poderá ser feito sob orientação de profissional de saúde da preferência do beneficiário, sem ônus para o Pro-Social, ou pelos profissionais da **Divisão de Saúde Ocupacional**, realizada nas dependências do Tribunal e das Seções Judiciárias.

A Declaração de Saúde tem como objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes, que o servidor saiba ser portador no momento da adesão ao Programa, que tenha diagnóstico confirmado, em relação a si próprio ou a qualquer um de seus dependentes.

A Declaração de Saúde não impede a adesão ao Programa, bem como não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações, exames e procedimentos, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidos no Regulamento Geral do Pro-Social.

Em caso afirmativo de doença(s) preexistente(s), o beneficiário será encaminhado à **Divisão de Saúde Ocupacional**, mediante agendamento prévio de horário, munido de toda documentação (exames, relatórios, laudos, entre outros), para o registro no Prontuário Médico, das doenças preexistentes, visando à continuidade dos cuidados médicos pela área de Assistência de Saúde Direta do Pro-Social.

O beneficiário assume inteira responsabilidade pelo preenchimento da Declaração de Saúde, sob pena de imputação de fraude, estando ciente que responderá, civil e criminalmente, se prestar informações incorretas ou falsas, visando a beneficiar-se da assistência concedida pelo Programa.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome Social* (<i>quando houver</i>) / Nome Civil	Categoria	Possui doenças preexistentes? (Sim / Não)
	Titular	
	Dependente	

	Dependente	
	Dependente	
	Dependente	
	Dependente	

Declaro que as informações acima são a expressão da verdade e reconheço o direito do Pro-Social solicitar a convocação do titular e/ou dependentes, em qualquer época, para captação de informações adicionais, realização de exames ou perícias, após a apresentação da Declaração de Saúde.

Declaro, ainda, que 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, desde que tal omissão seja comprovada pelo Pro-Social, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento da Adesão ao Programa. Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação do Pro-Social alegando a presença de doença ou lesão preexistente não declarada.

* Resolução 270, de 11/12/2018 - CNJ:

Art. 1º Fica assegurada a possibilidade de uso do nome social às pessoas trans, travestis e transexuais usuárias dos serviços judiciários, aos magistrados, aos estagiários, aos servidores e aos trabalhadores terceirizados do Poder Judiciário, em seus registros funcionais, sistemas e documentos, na forma disciplinada por esta Resolução.

Parágrafo único. Entende-se por nome social aquele adotado pela pessoa, por meio do qual se identifica e é reconhecida na sociedade, e por ela declarado.