

## FICHA DE ADESÃO

**AVISO:** A solicitação de adesão ao plano e a validade desta proposta estão condicionados à análise e aprovação da Eletros-Saúde, ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

ADESÃO AO PLANO ELETROS -SAÚDE (nome do plano):

Nome do Titular (nome completo sem abreviações):

Nome da Mãe do Titular (nome completo sem abreviações):

E-mail do Titular:

Data de Nascimento:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ESTADO CIVIL:**  Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  União Estável

**Documentos:**

CPF:

CNS (Carteira Nacional de Saúde)\*:

Carteira de Identidade:

Órgão Emissor:

**Endereço Residencial:**

Endereço/Logradouro:

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone Residencial com DDD:  
( )

Celular com DDD:  
( )

**Dados Bancários:**

Banco:

Agência/Dígito:

Conta Bancária/Dígito:

**Endereço Funcional:**

Órgão:

Local:

Andar:

Telefone Funcional com DDD:  
( )

Ramal:

Matrícula Funcional:

\*Em caso de dúvidas, consultar: <https://conectesus-paciente.saude.gov.br/login>

<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	
<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	
<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	
<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	
<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	

\*Em caso de dúvidas, consultar: <https://conectesus-paciente.saude.gov.br/login>

#### Declaração de validade das Informações prestadas

1. Declaro que a conta corrente informada para crédito dos reembolsos é de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando a Eletros-Saúde a efetuar o crédito na respectiva conta corrente. Estou ciente que para os créditos de reembolso a conta informada não pode ser **conta salário** e que qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada à Eletros-Saúde.

As informações sobre alteração de dados bancários poderá ser feita por e-mail: **atendimento@eletrossaude.com.br**, anexando cópia de documento de comprovação da alteração ou pessoalmente na sede da Eletros-Saúde, de posse da **documentação pertinente**.

#### 2. Documentos obrigatórios (anexar cópias):

**Titular** – Comprovante de Residência, Carteira de Identidade, CPF, CNS (Carteira Nacional de Saúde)\* e Comprovante de Domicílio Bancário;

**Cônjuge ou Companheiro** – Certidão de Casamento ou União Estável, Carteira de Identidade, CPF e CNS (Carteira Nacional de Saúde)\*;

**Filho** – Certidão de Nascimento, ou Carteira de Identidade, CPF, CNS (Carteira Nacional de Saúde)\* e Comprovante de Escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 25 anos.

**Para a Portabilidade de carências, encaminhe a documentação comprobatória para análise do setor de cadastro.**

3. Declaro para os devidos fins que tenho conhecimento do **Regulamento do Plano/Produto** e manifesto, neste ato, minha inteira concordância com os dispositivos nele constantes.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

**AVISO: O presente termo se tornará ineficaz na hipótese de nele constar qualquer declaração inverídica.**

#### AVISO DE PRIVACIDADE DE DADOS

Sempre buscando lhe oferecer produtos e serviços com maior eficiência, nós, da ELETROS-SAÚDE, reafirmamos o nosso compromisso com a sua privacidade e a proteção dos seus dados pessoais, em especial no atendimento às legislações aplicáveis, dentre as quais destacamos a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 13.709/2018), popularmente conhecida como "LGPD".

A LGPD é a norma legal que visa proteger e dispor regras de tratamento dos dados pessoais, de forma a garantir a transparência e a segurança às pessoas físicas titulares das informações capazes de identificá-las.

Gostaríamos de deixar você confortável em relação ao tratamento dos seus dados pessoais realizado por nós na execução dos nossos serviços, pois a ELETROS-SAÚDE vem destinando seus esforços na implementação de um sólido Programa de Governança em Privacidade, constituído por diversos controles de segurança e rígidos processos implementados para a proteção das informações em nossos ambientes ou aqueles sob nossa responsabilidade, seja ele físico ou digital.

A ELETROS-SAÚDE está em constante aprimoramento para atender os níveis de excelência na realização de suas atividades e, preocupada em garantir o melhor atendimento a você, elaboramos uma Política de Privacidade para esclarecer de que forma a ELETROS-SAÚDE coleta, utiliza, compartilha e armazena os seus dados pessoais, além de explicar como você pode exercer os seus direitos. Para saber mais, acesse a nossa Política de Privacidade e Tratamento de Dados.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

\*Em caso de dúvidas, consultar: <https://conectesus-paciente.saude.gov.br/login>