

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:

Eletros-Saúde Assistidos (467.578/12-9)

Eletros-Saúde Assistidos Essencial (477.410/16-8)

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:

Telefones para contato:

Telefone Residencial com DDD:
()

Celular com DDD:
()

Dados Bancários:

Banco:

Agência/Dígito:

Conta Bancária/Dígito:

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

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

Para pagamento das mensalidades:**

AUTORIZAÇÃO:

1. () Autorizo o **Banco Santander** a debitar, na conta e agência mencionadas na presente Proposta, as importâncias correspondentes às mensalidades, à coparticipação e aos valores relativos à utilização indevida, comprometendo-me a manter saldo suficiente para essa finalidade, ficando isento aquele Banco de qualquer responsabilidade, multas ou acréscimos decorrentes da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data de vencimento.
2. () Autorizo a Eletros-Saúde a debitar as importâncias correspondentes às mensalidades, à coparticipação e aos valores relativos à utilização indevida na folha de benefícios previdenciários (**vencimento somente dia 25**).
3. () Autorizo a Eletros-Saúde a emitir boleto bancário para fins de pagamento de mensalidades, coparticipações e valores relativos à utilização indevida .

Solicito a minha adesão, com data de início da cobertura assistencial no próximo:

- () 01 do mês (cobrança integral)
() 10 (cobrança proporcional)
() 20 (cobrança proporcional)

Solicito o vencimento das mensalidades em: (somente para a opção de pagamento por boleto ou débito automático)

- () dia 05 (mês de competência de utilização)
() dia 25 (mês anterior à competência de utilização)

**Valor da mensalidade: vigente conforme tabela de cada plano, publicada no site: <https://www.eletrossaude.com.br/site/planos/detalhe/10112>

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.

4. Exclusivo ao Plano Eletros-Saúde Assistidos Essencial: Os Hospitais Copa D'Or, Barra D'Or, Quinta D'Or, Niterói D'Or, Pró-Cardíaco, Badim, Israelita e Casa de Saúde São José não fazem parte da rede credenciada do plano Eletros-Saúde Assistidos Essencial.

_____/_____/_____
Local e Data

Assinatura do Titular

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

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