

## 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 AEPE:

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, ao assinar a presente Proposta, recebi o regulamento do Plano Eletros-Saúde AEPE, cujo conteúdo tomei conhecimento aceitando plenamente suas cláusulas e condições.

2 - Declaro ainda:

a) estar ciente de que com minha assinatura na presente Proposta e pagamento da primeira mensalidade, vinculo-me ao Plano Eletros-Saúde AEPE;

b) estar ciente de que as coberturas asseguradas pelo Plano Eletros-Saúde AEPE deverão observar os períodos de carência estabelecidos no regulamento;

c) que me responsabilizo civil e criminalmente pela fidedignidade das declarações que estão sendo prestadas nesta Proposta, obrigando-me a indenizar a Eletros-Saúde de quaisquer prejuízos financeiros experimentados em virtude de eventual falsidade das referidas declarações, especialmente, mas não exclusivamente, a inexistência de vínculo de elegibilidades/parentesco declarado;

d) estar ciente de que o valor da mensalidade está fixado por faixa etária, sendo que referido valor será reajustado anualmente para fins de recomposição do equilíbrio econômico-financeiro ou atuarial do plano, ou quando houver alteração em minha idade que importe mudança de faixa etária, conforme os termos previstos no regulamento; Valor da mensalidade: vigente conforme tabela de cada plano, publicada no site;

e) estar ciente que caso não haja interesse em permanecer no plano, deverei formalizar este pedido através de formulário próprio disponibilizado pela Operadora no seu site.

### 3 - 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.

### Autorização

( ) Autorizo que a Eletros-Saúde encaminhe para a EPE a cobrança das importâncias correspondentes à mensalidade, à coparticipação e aos valores relativos à utilização indevida por meio de desconto na folha de pagamento, e, caso não haja margem para desconto, que seja emitido boleto bancário para o pagamento.

( ) Autorizo a inclusão no VIDA UTI Móvel, arcando com o pagamento do valor vigente, cobrado junto à mensalidade do Eletros-Saúde AEPE (valor R\$ 5,42 vigente em jan/24).

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

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

_____ / ____ / ____	_____
Local e Data	Assinatura do Titular

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

### AVISO DE PRIVADIDADE 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