

## PROPOSTA DE ADESÃO PARA O ELETROS-SAÚDE FAMÍLIA

Nome do Titular detentor da matrícula indicadora:	Grau de Parentesco:
---	---------------------

Nome completo do Proponente sem abreviação:	Data de Nascimento: ____/____/____
---	------------------------------------

Sexo:	CPF do Proponente:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)***:
-------	--------------------	--------------------------------------

**Estado Civil:**  Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  União Estável

**Documento de Identificação do Proponente (ou dados do passaporte ou carteira civil, se estrangeiro)**

Tipo de Documento:	Número do Documento:	Órgão Emissor:	Data da Emissão: ____/____/____
--------------------	----------------------	----------------	---------------------------------

Nome da Mãe:
--------------

Endereço para Correspondência - Rua, Avenida, Praça, etc.	Número:	Complemento:
---	---------	--------------

Bairro:	Município:	UF:	CEP:
---------	------------	-----	------

Telefone Residencial com DDD: ( )	Telefone Comercial com DDD: ( )	Ramal:	Telefone Celular com DDD: ( )
--------------------------------------	------------------------------------	--------	----------------------------------

E-mail:	Atividade Principal Desenvolvida (ocupação):
---------	--

**DADOS BANCÁRIOS DO PRÓPRIO PROPONENTE (PARA FINS DE REEMBOLSO)**

Conta Corrente/DV:	Agência - Prefixo/DV:	Banco:
--------------------	-----------------------	--------

Caso não possua conta corrente, informar Agência do Banco Santander para crédito de reembolso por Ordem de Pagamento:

Agência - Prefixo/DV:
-----------------------

**Responsável Financeiro pelo pagamento da mensalidade:**

- Será o Próprio Vinculado  
 Será o Responsável Legal  
 Será o Titular detentor da matrícula indicadora

*\* Para menores, o responsável financeiro deverá, obrigatoriamente, ser o responsável legal ou o titular do plano detentor da matrícula indicadora.*

**Dados do Responsável Financeiro\*:**

Nome:
-------

Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo:	CPF:
------------------------------------	-------	------

Tipo do Documento:	Número do Documento:	Órgão Emissor:
--------------------	----------------------	----------------

Data da Emissão: ____/____/____	Atividade Principal Desenvolvida: (ocupação)	Estado Civil:
---------------------------------	---	---------------

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

### Declaração

1 - Declaro que, ao assinar a presente Proposta, recebi o regulamento do Plano Eletros-Saúde Família, 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 Família;

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

c) estar ciente de que, para a validade da presente proposta, não posso ter dívidas de qualquer natureza não quitadas junto à Eletros-Saúde, sob pena de cancelamento desta adesão ao Plano Eletros-Saúde Família;

d) estar ciente de que para a validade da presente proposta de adesão ao Plano Eletros-Saúde Família devo obrigatoriamente fazer parte dos beneficiários elegíveis definidos pela ANS na regulamentação das operadoras de autogestão;

e) 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;

f) 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: <https://www.eletrossaude.com.br/site/planos/detalhe/10112>

g) estar ciente que em caso de óbito ou desligamento do titular detentor da matrícula indicadora e este sendo o responsável financeiro pelo pagamento das contribuições mensais devidas, permanecerá automaticamente no Plano Eletros-Saúde Família passando a assumir a responsabilidade financeira do mesmo. Caso não haja interesse em permanecer, deverei formalizar através de formulário próprio.

### Autorização

1. ( ) Autorizo o Banco Santander a debitar, na conta e agência mencionadas na presente Proposta, as importâncias correspondentes às mensalidades, à cobrança pela emissão de 2ª via do Cartão de Identificação, 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.

#### Dados da Conta Corrente para Débito Automático (Exclusivo para correntistas do banco Santander):

Conta Corrente/DV:	Agência - Prefixo/DV:	Banco: SANTANDER
--------------------	-----------------------	------------------

2. ( ) Autorizo a Eletros-Saúde a emitir boleto bancário para fins de pagamento de mensalidade.

3. ( ) Autorizo a inclusão no VIDA UTI Móvel, arcando com o pagamento do valor vigente, cobrado junto à mensalidade do Eletros-Saúde Família.

#### Solicito a minha adesão, com data de início da cobertura assistencial em:

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

#### Solicito o vencimento das mensalidades em:

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

**\*\* TODAS AS PÁGINAS NECESSITAM ESTAR RUBRICADAS**

Prezado Proponente, em atendimento à legislação vigente, a aceitação desta Proposta fica condicionada à entrega dos seguintes documentos: a) do proponente e do responsável legal, se for o caso: Documento de Identificação, CPF – inclusive para os menores de 18 anos e/ou incapaz, comprovante de endereço e comprovante de titularidade bancária (cópia do cartão de débito ou folha de cheque); b) do responsável financeiro: Documento de Identificação, CPF e comprovante de titularidade bancária; c) do proponente: declaração de saúde e documentação comprobatória de parentesco ou colateralidade com o titular e a CNS (Carteira Nacional de Saúde)\*\*\*.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proponente ou de seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular detentor da matrícula indicadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável financeiro

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

\_\_\_\_\_  
Uso da agência/ELETROS-SAÚDE

### 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>