

## FICHA DE ADESÃO ELETROS-SAÚDE DENTAL PLUS

**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.

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: ( )	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:
-----------------------

### Para pagamento das mensalidades:

- ( ) 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.
- ( ) Autorizo a Eletros-Saúde a emitir **boleto bancário** para fins de pagamento de mensalidades, coparticipações e valores relativos à utilização indevida.

### Solicito o vencimento das mensalidades em:

( ) 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>

\*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 na conta corrente indicada, deverá ser imediatamente comunicada à Eletros-Saúde.

No caso de troca para a opção de débito automático e/ou de alteração dos dados bancários, devem ser feitas por e-mail para atendimento@eletrossaude.com.br.

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

Comprovante de Residência, Carteira de Identidade, CPF, CNS (Carteira Nacional de Saúde)\*

Comprovante de Domicílio Bancário e documentação necessária para comprovação do grau de parentesco com o usuário titular da matrícula indicadora (se for o caso).

**3. O plano Eletros-Saúde Dental Plus contempla os procedimentos odontológicos previstos no rol da ANS, Extra-rol, Ortodontia e Implante.**

**4. O atendimento é exclusivo na Rede Credenciada da Eletros-Saúde. Este plano prevê reembolso, apenas, nos casos de atendimento de urgência e emergência, quando não for possível a utilização da rede credenciada.**

**5. Carências: 24 (vinte e quatro) horas, para procedimentos de urgência e emergência odontológicos; 30 (trinta) dias, para os demais procedimentos odontológicos cobertos pelo Rol da ANS e 120 (cento e vinte) dias, para as coberturas adicionais previstas neste Regulamento.**

6. 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>