

## TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

Tendo em vista o falecimento do titular \_\_\_\_\_,  
número Eletros \_\_\_\_\_, categoria \_\_\_\_\_, Patrocinadora \_\_\_\_\_;  
eu, \_\_\_\_\_, que até esta data estava inscrito no  
plano como seu (sua) dependente, venho manifestar meu interesse em permanecer no Plano Eletros-Saúde, bem como  
declarar plena ciência e total concordância com os termos abaixo:

- 1 - Concordo que os débitos de convênios existentes sejam transferidos para a nova titularidade do plano, sendo cobrados de acordo com os critérios estabelecidos no Regulamento Básico do Eletros-Saúde;
- 2 - Concordo que o pagamento da mensalidade, bem como os débitos de Convênio Médico/ Hospitalar/ Odontológico em decorrência da utilização do Plano Eletros-Saúde, sejam processados através de desconto na Folha de Benefícios da ELETROS;
- 3 - De acordo com o Regulamento, é condição para a permanência no Plano Eletros-Saúde, que o usuário titular seja participante previdenciário da ELETROS, e no momento em que cessar seu vínculo como participante da ELETROS, automaticamente cessará também o vínculo como usuário do Plano Eletros-Saúde.

---

Assinatura

---

Data do Termo de Ciência e Concordância

---

Carteira de Identidade – Órgão Emissor

---

CPF

**1ª Testemunha****2ª Testemunha**

---

Assinatura

---

Assinatura

---

CPF

---

CPF