

FICHA DE ADESÃO ELETROS-SAÚDE DENTAL ESSENCIAL

AVISO: A solicitação de adesão ao plano e a validade desta proposta estão condicionados à análise e aprovação do 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:
------------------------------------	-------	--------------------

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:	Número da Declaração de Nascido Vivo: <small>(obrigatório somente para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>
--------------	--

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 o 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 (vigência: março/2021 a fevereiro/2022): R\$25,77 (vinte e cinco reais e setenta e sete centavos).

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 o 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 ao 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, 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 Essencial contempla somente os procedimentos odontológicos previstos no rol da ANS.

4. O atendimento é exclusivo na Rede Credenciada do 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 e 30 (trinta) dias, para os demais procedimentos odontológicos cobertos pelo Rol da ANS.

5. 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 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