

## 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:

 Eletros-Saúde Assistidos (467.578/12-9) Eletros-Saúde Assistidos Essencial (477.410/16-8)

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:

## Telefones para contato:

Telefone Residencial com DDD:  
( )Celular com DDD:  
( )

## Dados Bancários:

Banco:

Agência/Dígito:

Conta Bancária/Dígito:

<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:		Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	

  

<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:		Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	

  

<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:		Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	

  

<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:		Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	

  

<b>Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):</b>		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	Data de Nascimento: ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:		Telefone com DDD: (    )
Parentesco:	Estado Civil:	

**Para pagamento das mensalidades:****AUTORIZAÇÃO:**

- 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 debitar as importâncias correspondentes às mensalidades, à coparticipação e aos valores relativos à utilização indevida na folha de benefícios previdenciários (**vencimento somente dia 25**).
- Autorizo a Eletros-Saúde a emitir boleto bancário para fins de pagamento de mensalidades, coparticipações e valores relativos à utilização indevida .

**Solicito a minha adesão, com data de início da cobertura assistencial no próximo:**

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

**Solicito o vencimento das mensalidades em: (somente para a opção de pagamento por boleto ou débito automático)**

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

**Valores das mensalidades - vigência: janeiro a dezembro de 2021**

## Plano por Grupo Familiar

<b>Eletros-Saúde Assistidos</b>	R\$4.277,89
---------------------------------	-------------

## Plano individual por faixa etária

<b>Eletros-Saúde Assistidos Essencial</b>	
Faixa Etária	Valor
0 a 18	R\$386,91
19 a 23	R\$464,29
24 a 28	R\$541,68
29 a 33	R\$696,45
34 a 38	R\$773,83
39 a 43	R\$1.005,98
44 a 48	R\$1.160,74
49 a 53	R\$1.354,21
54 a 58	R\$1.779,79
59 ou mais	R\$2.313,75

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

As informações sobre alteração de dados bancários poderá ser feita por e-mail: **atendimento@eletrossaude.com.br**, anexando cópia de documento de comprovação da alteração ou pessoalmente na sede da Eletros-Saúde, de posse da **documentação pertinente**.

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

**Titular** – Comprovante de Residência, Carteira de Identidade, CPF 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 e Comprovante de Escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 25 anos.

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

3. 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.

**4. Exclusivo ao Plano Eletros-Saúde Assistidos Essencial: Os Hospitais Copa D'Or, Barra D'Or, Quinta D'Or, Niterói D'Or Pró-Cardíaco, Badim, Israelita e Casa de Saúde São José não fazem parte da rede credenciada do plano Eletros-Saúde Assistidos Essencial.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
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