

PROPOSTA DE ADESÃO PARA O ELETROS-SAÚDE FAMÍLIA ESSENCIAL

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 Essencial, 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>