

## 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 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:

1. ( ) 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.

2. ( ) 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 Essencial contempla somente os procedimentos odontológicos previstos no rol da ANS.**

**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 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 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>