

FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DO ELETROS-SAÚDE

AVISO: A validade desta proposta está condicionada ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

Nome do Titular (nome completo sem abreviações):	
CPF:	Plano:
Data de Nascimento: ___/___/___	Estado Civil:

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua:	Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	
Estado:	CEP:	País:
Telefone Residencial com DDD: ()	Celular com DDD: ()	Email:

DADOS DA CONTA CORRENTE (PARA FINS DE REEMBOLSO):

Conta Corrente/DV:	Agência - Prefixo/DV:	Banco:
--------------------	-----------------------	--------

DADOS DA CONTA CORRENTE PARA DÉBITO AUTOMÁTICO:

Conta Corrente/DV:	Agência - Prefixo/DV:	Banco: SANTANDER
--------------------	-----------------------	------------------

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-se 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.

ATENÇÃO:

Esta alteração é válida para as **despesas protocoladas no Eletros-Saúde a partir do 5º (quinto) dia útil** a contar desta data.

Comprometo-me a informar ao Eletros-Saúde quando houver alteração dos dados acima registrados.

Declaro para os devidos fins que tenho conhecimento do **Regulamento do Eletros-Saúde** e manifesto, neste ato, minha inteira concordância com os dispositivos nele constantes.

AVISO: O presente termo se tornará ineficaz na hipótese de nele constar qualquer declaração inverídica.

_____/_____/_____
Local e Data

Assinatura do Titular: