

FICHA DE ADEÇÃO

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.

ADEÇÃO AO PLANO ES ELETROBRAS DENTAL

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:

Telefone Residencial com DDD:
()

Celular com DDD:
()

Dados Bancários:

Banco:

Agência/Dígito:

Conta Bancária/Dígito:

Endereço Funcional:

Órgão:

Local:

Andar:

Telefone Funcional com DDD:
()

Ramal:

Matrícula Funcional:

*Em caso de dúvidas, consultar: <https://conectesus-paciente.saude.gov.br/login>

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: ()
Parentesco:	Estado Civil:	

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: ()
Parentesco:	Estado Civil:	

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: ()
Parentesco:	Estado Civil:	

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: ()
Parentesco:	Estado Civil:	

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
CPF:	CNS (Carteira Nacional de Saúde)*:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
E-mail para acesso à carteira digital:	Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone com DDD: ()
Parentesco:	Estado Civil:	

*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 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, CNS (Carteira Nacional de Saúde)* 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, CNS (Carteira Nacional de Saúde)* e Comprovante de Escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 24 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.

_____/_____/_____
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>