

**ATENÇÃO: Leia**

- 1 – **É OBRIGATÓRIO** o preenchimento do formulário
- 2 – **É OBRIGATÓRIA** a apresentação de cópias de CPF e RG (matrícula)
- 3 – **É OBRIGATORIA** a apresentação de documento de comprovante de residência

**Formulário incompleto, incorreto ou sem cópias de documentos não será aceito.**

**Atente para as exigências de preenchimento e cópias de documentos.**

Informe aqui a sua matrícula na Empresa. Você pode obter este número junto ao RH / Setor de Benefícios da Empresa.

Informe o plano desejado – Empregados e dependentes elegíveis na empresa: - Eletrosul = Informe “**Plano ESUL**” - Engie (EBE) = Informe “**Plano TBEL**” - PAMPA = Informe “**Plano TBEL**”

Aposentados Eletrosul aderentes aos programas de demissão incentivada: Informe “**ESUL-PID**”

Dependentes não elegíveis nas Patrocinadoras:  
**PLANOS MÉDICOS - Plano Perfil ou Plano E;**  
**PLANOS ODONTOLÓGICOS - Plano B ou Plano C;**

Informe de qual empresa patrocinadora você é empregado (Eletrosul, Engie (EBE) ou Pampa).

Informe apenas conta corrente ou conta poupança (Não pode ser informada conta exclusivamente destinada ao recebimento de salário).

**Indique com “X” uma ou mais opções.**

<b>TITULAR</b>	NOME (por extenso)		MATRÍCULA NA PATROCINADORA		DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ( )M ( )F	
	CPF	EMPRESA PATROCINADORA		PLANO (S)				
	NOME DA MÃE (Por extenso)		NOME DO PAI (por extenso)					
	CEP	ENDEREÇO	CIDADE				COMPLEMENTO	
	NÚMERO	BAIRRO	CIDADE				UF	
	FONE ( ) ( )	CELUL ( ) ( )	E-MAIL					
	NOME DO BANCO		NÚMERO DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA	TIPO DA CONTA ( ) Conta Corrente ( ) Poupança			

**DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)**

Todo dependente direto elegível [cônjuge e filhos/enteados (vide Regulamento do Plano)] possui um número de matrícula na Empresa. Você pode obter este número junto ao RH / Setor de Benefícios da Empresa.

Para outros dependentes (não elegíveis ao plano da Empresa) não é obrigatório o preenchimento do campo.

NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)	MATRÍCULA	DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ( )M ( )F
CPF	PARENTESCO	PLANO (S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)		PAI (por extenso)		

  

NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)	MATRÍCULA	DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ( )M ( )F
CPF	PARENTESCO	PLANO (S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)		NOME DO PAI (por extenso)		

NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)	MATRÍCULA	DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ( )M ( )F
CPF	PARENTESCO	PLANO (S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)	PAI (por extenso)			
NOME DO(A) DEPENDENTE (por extenso)	MATRÍCULA	DATA DE NASCIMENTO	EST. CIVIL	SEXO ( )M ( )F
CPF	PARENTESCO	PLANO (S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)	NOME DO PAI (por extenso)			

Todo dependente direto elegível [cônjuge e filhos/enteados (vide Regulamento do Plano)] possui um número de matrícula na Empresa. Você pode obter este número junto ao RH / Setor de Benefícios da Empresa.

Para outros dependentes (não elegíveis ao plano da Empresa) não é obrigatório o preenchimento do campo.

**Dependentes elegíveis na empresa:** - Eletrosul = Informe “Plano ESUL” - Engie (EBE) = Informe “Plano TBEL” - PAMPA = Informe “Plano TBEL”

**Dependentes de aposentados Eletrosul aderentes aos programas de demissão incentivada (elegíveis ao benefício):** Informe “ESUL-PID”

**Dependentes não elegíveis nas Patrocinadoras:**  
**PLANOS MÉDICOS - Plano Perfil ou Plano E;**  
**PLANOS ODONTOLÓGICOS - Plano B ou Plano C;**

**AUTORIZAÇÃO DE PROCESSAMENTO E DESCONTO EM F**

Autorizo a ELOSAÚDE, em decorrência do processo ora deflagrado, a proceder com as providências necessárias à sua efetivação junto da patrocinadora à qual sou vinculado (Fundação ELOS, Previg Sociedade de Previdência Complementar e Engie Geração) e a assumir as obrigações decorrentes desse processo, tendo conhecimento prévio de que as cobranças serão remetidas prioritariamente para o meu endereço de cobrança, que será pago na rede bancária ou, ainda, por outro meio disponibilizado pela ELOSAÚDE.

**INFORMAÇÕES SOBRE REGRAS DOCUMENTAIS E CON**

- Estou ciente de que **assolicitações de inclusão que não estejam acompanhado de cópias** dos documentos pessoais - Certidão de nascimento (menores de idade) ou declaração de nascidos vivos (recém-nascidos) – e/ou outros documentos para fins de **aceitas pela ELOSAÚDE;**
- Tenho conhecimento dos prazos de emissão e envio do cartão do plano (até 30 dias contados da data de adesão);
- Estou ciente dos prazos de processamento cadastral e ativação do plano, os quais estão relacionados ao início de vigência;
- Estou ciente de que é de minha inteira responsabilidade manter atualizados meus dados bancários e cadastrais junto à

**DECLARAÇÃO**

- Declaro que todas as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade;
- Declaro que recebi, no ato da inscrição, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que tenho conhecimento de que o mesmo documento está disponível no site da ELOSAÚDE.
- Declaro ser conhecedor do Regulamento do plano ELOSAÚDE (também disponível no site da ELOSAÚDE), que ora recebo e com o qual estou de acordo, sujeitando-me às suas regras e normas.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO TITULAR DO PLANO
_____ / _____ / _____	

Protocolo:	Para uso da ELOSAÚDE: