

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.

TITULAR	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	ENDERECO	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)

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.

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 FOLHA

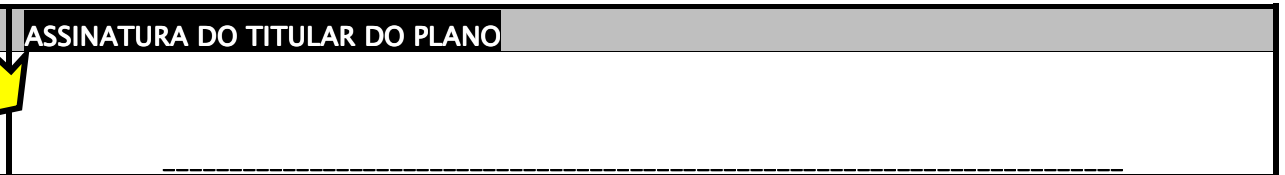
Autorizo a ELOSAÚDE, em decorrência do processo ora deflagrado, a proceder com as providências necessárias à sua efetivação junto da patrocinadora à qual sou vinculado (Fundação ELOS, Previg Sociedade de Previdência Complementar e Engie Geração) e a assumir as obrigações decorrentes desse processo, tendo 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 CONDIÇÕES DE ADEÇÃO

- Estou ciente de que **assolicitações de inclusão que não estejam acompanhadas 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 inscrição, **não são 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 do plano;
- Estou ciente de que é de minha inteira responsabilidade manter atualizados meus dados bancários e cadastrais junto à patrocinadora.

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:
_____	_____