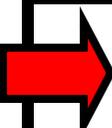


ATENÇÃO: Leia atentamente as orientações abaixo antes de preencher o formulário

- 
- 1 – **É OBRIGATÓRIO** o preenchimento de todos os campos do formulário. Nenhum campo poderá estar em branco.
 - 2 – **É OBRIGATÓRIA** a apresentação de cópias de CPF e RG (maiores de idade) e CPF e Cert. de nascimento (menores) dos beneficiários relacionados no formulário;
 - 3 – **É OBRIGATORIA** a apresentação de documento de comprovação de parentesco de todos os dependentes relacionados no formulário.
- Formulário incompleto, incorreto ou sem cópias de documentos obrigatórios não serão considerados na movimentação cadastral.**

Indique com "X" uma ou mais opções: **Inclusão de:** () Titular () Dependente(s)

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

DADOS DE DEPENDENTE(S)

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

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

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

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

AUTORIZAÇÃO DE PROCESSAMENTO E DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO/BENEFÍCIOS

Autorizo a ELOSAÚDE, em decorrência do processo ora deflagrado, a proceder com as providências necessárias à sua efetivação, inclusive no que diz respeito ao desconto em folha de pagamento da patrocinadora à qual sou vinculado (Fundação ELOS, Previg Sociedade de Previdência Complementar e Engie Geração Solar Distribuída S.A.). Comprometo-me a bem cumprir com todas as obrigações decorrentes desse processo, tendo conhecimento prévio de que as cobranças serão remetidas prioritariamente para desconto em folha de pagamento. Caso não seja possível a quitação de meus compromissos financeiros junto à ELOSAÚDE (mensalidades e/ou coparticipações) por meio do desconto em folha de pagamento, o farei por meio do pagamento de boleto de cobrança, que será pago na rede bancária ou, ainda, por outro meio disponibilizado pela ELOSAÚDE.

INFORMAÇÕES SOBRE REGRAS DOCUMENTAIS E CONDIÇÕES CADASTRAIS

- Estou ciente de que **assolicitações de inclusão que não estejam acompanhado de cópias** dos documentos pessoais - CPF e RG ou Identidade de Estrangeiro (maiores de idade), CPF, registro de nascimento (menores de idade) ou declaração de nascidos vivos (recém-nascidos) – e/ou outros documentos para fins de análise para aproveitamento de carências (quando for o caso), **não serão 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, contagem de carências, direitos, coberturas e obrigações;
- Estou ciente de que é de minha inteira responsabilidade manter atualizados meus dados bancários e cadastrais junto à ELOSAÚDE.

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: Visto do digitador: _____
------------	--