

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 Certidão de Nascimento (menores de idade) dos beneficiários relacionados no formulário;
 - 3 – **É OBRIGATORIA** a apresentação de documento de comprovação de parentesco dos dependentes inscritos.
- Formulário incompleto, incorreto ou sem cópias de documentos não serão considerados na movimentação cadastral.**



NOME DO TITULAR (por extenso)	MATRÍCULA
-------------------------------	-----------

RESPONSÁVEL FINANCEIRO E GRUPO FAMILIAR A ELE VINCULADO

NOME DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (por extenso)				
DATA DE NASCIMENTO / /	EST. CIVIL	NATURALIDADE (Local de nascimento)	PARENTESCO	SEXO () M () F
CPF	PLANO(S)			
NOME DA MÃE (Por extenso)				
NOME DO PAI (Por extenso)				
CEP	ENDEREÇO			
COMPLEMENTO				NÚMERO
BAIRRO	CIDADE			UF
E-MAIL	CELULAR () ()		FONE () ()	
NOME DO BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA	TIPO DA CONTA () Conta Corrente () Poupança	

Dados cadastrais dos dependentes vinculados a este RESPONSÁVEL FINANCEIRO

NOME DO DEPENDENTE				
DATA DE NASCIMENTO / /	EST. CIVIL	NATURALIDADE (Local de nascimento)	PARENTESCO (Em relação ao titular)	SEXO () M () F
CPF	PLANO(S)			
NOME DA MÃE (Por extenso)				
NOME DO PAI (Por extenso)				

NOME DO DEPENDENTE				
DATA DE NASCIMENTO / /	EST. CIVIL	NATURALIDADE (Local de nascimento)	PARENTESCO (Em relação ao titular)	SEXO () M () F
CPF	PLANO(S)			
NOME DA MÃE (Por extenso)				
NOME DO PAI (Por extenso)				

NOME DO DEPENDENTE				
DATA DE NASCIMENTO / /	EST. CIVIL	NATALIDADE (Local de nascimento)	PARENTESCO (Em relação ao titular)	SEXO () M () F
CPF		PLANO(S)		
NOME DA MÃE (Por extenso)				
NOME DO PAI (Por extenso)				

REGRAS INCIDENTES SOBRE O RESPONSÁVEL FINANCEIRO

- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, bem como o grupo familiar a ele vinculado, são conhecedores e estão integralmente sujeitos e de acordo com o regulamento do plano ao qual ora aderem;
- Conforme determinação legal o **TITULAR** é a garantia de vínculo dos demais beneficiários ao plano, portanto, havendo cancelamento de seu plano - *independentemente do motivo* – será automaticamente cancelado o plano dos beneficiários a ele vinculados (mesmo que estes estejam em dia com suas obrigações perante à ELOSAÚDE);
- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** assume, para todos os fins de direito, as obrigações financeiras relativas a mensalidades e coparticipações, por si e dependentes a ele vinculados e autoriza a ELOSAÚDE a tomar todas as medidas legalmente aplicáveis no sentido de recuperar pendências financeiras oriundas desse plano;
- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** declara estar ciente de que as cobranças mensais serão emitidas por boleto bancário, e que é sua inteira responsabilidade contatar a ELOSAÚDE em tempo hábil para pagamento, caso não receba o referido boleto até a data de vencimento, sob pena de, em não o fazendo, sofrer as sanções regulamentares aplicáveis;
- Exclusões de beneficiários, alterações cadastrais e solicitações de 2ªs vias de cartões serão aceitas mediante **formalização por escrito, feita pelo TITULAR do plano**;
- O pagamento de **REEMBOLSOS**, se e quando for o caso (de acordo com previsões regulamentares) serão feitos em conta bancária do titular ou do responsável financeiro, conforme indicado neste formulário (no campo "Dados para fins de reembolso de despesas").

CIÊNCIA SOBRE REGRAS DOCUMENTAIS E CONDIÇÕES CADASTRAIS

- Estamos cientes de que o **pedido de filiação que não esteja acompanhado de cópias** dos documentos pessoais - CPF e RG ou Identidade de Estrangeiro (maiores de idade), CPF e registro de nascimento (menores de idade) (menores de idade), **não será aceito pela ELOSAÚDE**;
- Temos conhecimento dos prazos de emissão e envio do cartão do plano (até 30 dias contados da data de adesão);
- Estamos cientes de que é de inteira responsabilidade do **TITULAR** do plano manter atualizados os dados bancários e cadastrais ora informados à ELOSAÚDE.

DECLARAÇÃO DO TITULAR E DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO

- Declaramos que recebemos, no ato da inscrição, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e que temos conhecimento de que o mesmo documento está disponível no site da ELOSAÚDE.
- Declaramos ser conhecedores do Regulamento do plano ELOSAÚDE (também disponível no site da ELOSAÚDE), que ora recebemos e com o qual estamos de acordo, sujeitando-nos às suas regras e normas.
- Declaramos, por fim, que as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e de nossa inteira responsabilidade;

Dados para fins de Reembolso de despesas

Reembolsos solicitados pelo responsável financeiro e/ou seu grupo familiar, quando devidos, deverão ser depositados:

() Na conta bancária do TITULAR () Na conta bancária do RESPONSÁVEL FINANCEIRO

LOCAL, DATA E ASSINATURA DO TITULAR DO PLANO _____ / ____ / _____ 	LOCAL, DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO _____ / ____ / _____ 
---	---

Para uso da ELOSAÚDE: Visto do digitador: _____	PROTOCOLO (Carimbo e assinatura)
--	----------------------------------