

- 1 – **É OBRIGATÓRIO** o preenchimento de todos os campos assinalados (\*). 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.

TITULAR

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

*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)		*E-MAIL			
*CEP	*ENDEREÇO			*NÚMERO	
COMPLEMENTO			*BAIRRO		
*CIDADE		*UF	TELEFONE	*CELULAR	
*NOME DO BANCO	*NÚMERO DA AGÊNCIA	*Dígito (DV)	*NÚMERO DA CONTA	*Dígito (DV)	*TIPO DA CONTA (Não deve ser informada "conta salário", apenas conta corrente ou poupança) ( ) C. Corrente ( ) Poupança

**\*DADOS DE DEPENDENTE (S) (preencher todos os campos para cada dependente relacionado)**

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

  

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

  

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

  

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

**REGRAS GERAIS SOBRE O PROCESSO DE ADESÃO SOLICITADO POR MEIO DESTES FORMULÁRIO:****COLETA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS SENSÍVEIS (LGPD)**

- **SOBRE OS DADOS PESSOAIS E CÓPIAS DE DOCUMENTOS APRESENTADAS:** estou ciente de que a ELOSAÚDE coleta e utiliza os dados informados neste formulário para os fins específicos relativos à sua prestação de serviços e para atendimento de exigências legais e/ou regulatórias e, nesse sentido, estou de acordo com sua coleta e tratamento;
- Estou ciente de que tais dados poderão ser compartilhados com os parceiros da ELOSAÚDE (contratados, credenciados e conveniados) visando a adequada prestação dos serviços oferecidos pelo plano ora contratado e, nesse sentido, estou de acordo com esse compartilhamento, respeitados os preceitos da LGPD;
- Na qualidade de titular do plano, sou conhecedor e responsável pelos dados pessoais e pelos documentos de todos os beneficiários inscritos como dependentes e, uma vez que os estou compartilhando com a ELOSAÚDE, poderei acessá-los e/ou alterá-los para o adequado exercício dos direitos e cumprimento das obrigações junto ao plano.

**AUTORIZAÇÃO DE PROCESSAMENTO E DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO OU BENEFÍCIOS JUNTO À PATROCINADORA**

- Autorizo a ELOSAÚDE a enviar a cobrança para desconto em minha folha de pagamento junto à patrocinadora à qual sou vinculado (vide campo “Empresa Patrocinadora”).
- Estou ciente de que a cobrança de minhas obrigações financeiras junto ao plano (mensalidades/coparticipações) serão remetidas prioritariamente para desconto em folha de pagamento, contudo, caso não seja possível a quitação dessas obrigações financeiras por meio do desconto em folha de pagamento, é de minha inteira responsabilidade a realização desse pagamento, por meio de boleto de cobrança ou, ainda, por outro meio disponibilizado pela ELOSAÚDE.

**INFORMAÇÕES SOBRE REGRAS DOCUMENTAIS E CONDIÇÕES CADASTRAIS**

- Estou ciente de que as **solicitações de inclusão que não estejam acompanhadas de cópias** dos documentos pessoais - CPF e RG (maiores de idade), CPF e registro de nascimento (menores de idade ou 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) e fui orientado sobre o acesso à via eletrônica do mesmo;
- Estou ciente dos prazos de processamento 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.
- Estou ciente – e concordo – que nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à ELOSAÚDE nos casos em que, em razão de desatualização de meus dados cadastrais, não consiga cumprir obrigações alusivas à formalização de contato e/ou notificações, inclusive no que concerne a notificação de inadimplência e aviso de cancelamento do plano.
- **Estou ciente de que formulário incompleto, incorreto ou sem cópias de documentos obrigatórios não será considerado na movimentação cadastral.**

**DECLARAÇÃO**

- Declaro que todas as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade (inclusive pelos dependentes).
- Declaro que recebi 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 ter recebido e ser conhecedor do Regulamento do plano (também disponível no site da ELOSAÚDE), com o qual estou de acordo, sujeitando-me às suas regras e normas.

<b>LOCAL E DATA</b>  _____ / _____ / _____	<b>ASSINATURA DO TITULAR DO PLANO</b>  _____
--	--

<b>Protocolo:</b>	<b>Para uso da ELOSAÚDE:</b> Possui FAP: ( ) Sim ( ) Não ( ) Novo ( ) Antigo Possui portabilidade: ( ) Sim ( ) Não	Data do processamento: ____/____/____  Visto do digitador _____
-------------------	---	---