

**DADOS DO TITULAR**

NOME DO TITULAR DO PLANO	MATRÍCULA ELOSAUDE
--------------------------	--------------------

**INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO PELO PLANO**

RESPONSÁVEL FINANCEIRO ( ) Titular ( ) Outro: _____	MATRÍCULA ELOSAUDE
--	--------------------

**ATENÇÃO**

- O campo "Matrícula na Patrocinadora" é obrigatório para dependentes que estejam sendo incluídos nos planos das Patrocinadoras CGT Eletrosul, Engie (EBE) e Pampa (dependentes elegíveis);
- Nos planos das demais Patrocinadoras e nos planos de pré-pagamento (planos com pagamentos mensais) não há obrigatoriedade de informação da matrícula do dependente;
- Todos os demais campos são de preenchimento obrigatórios;
- Para inclusões nos planos de pré-pagamento (planos com pagamentos mensais) deve ser informado o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e coparticipações, podendo ser o titular ou outro beneficiário que já esteja inscrito no plano na condição de responsável financeiro;

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

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 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 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 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)				

**REGRAS INCIDENTES SOBRE OS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS**

- O **TITULAR DO PLANO e/ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, bem como o grupo familiar a ele vinculado, são conhecedores, estão de acordo e sujeitos ao 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*);
- As cobranças emitidas contra o **TITULAR DO PLANO** são remetidas prioritariamente para desconto em sua folha de pagamento junto à Patrocinadora à qual esteja vinculado;
- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** assume, para todos os fins de direito, as obrigações financeiras decorrentes do plano, por si e dependentes a ele vinculados e autoriza a ELOSAÚDE a tomar medidas legalmente aplicáveis para recuperar eventuais pendências;
- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** declara estar ciente de que as cobranças mensais serão emitidas por boleto bancário, e que é sua responsabilidade contatar a ELOSAÚDE em tempo hábil, caso não o receba até a data de vencimento;
- O pagamento de **REEMBOLSOS**, se e quando for o caso (de acordo com previsões regulamentares) será feito em conta bancária do responsável financeiro, conforme dados bancários indicados neste formulário.

**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), **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 / 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 que somos 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.

**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, responsável pelos dados pessoais e pelos documentos de todos os beneficiários relacionados neste documento 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.
- O titular responsável e dependentes maiores de idade, permitem manter e utilizar dados pessoais e sensíveis durante todo o período contratualmente firmado para execução desta adesão e ainda após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou imposta por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Financeiro

Para uso da Elosaúde:

PROTOCOLO ELOSAÚDE

Visto do digitador: \_\_\_\_\_