

**ATENÇÃO: leia atentamente as orientações abaixo antes de preencher o formulário**

- 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 de idade).
- 3 – **É OBRIGATORIA** a apresentação de comprovante de parentesco dos dependentes inscritos em relação ao titular do plano.

**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 (Em relação ao titular)	*SEXO ( ) M ( ) F	
*CPF			*PLANO(S)		
*NOME DA MÃE (Por extenso)					
*CEP		*ENDEREÇO			*NÚMERO
COMPLEMENTO			*BAIRRO		
*CIDADE		*UF	*CELULAR ( )	*FONE ( )	
*E-MAIL					
<b>ATENÇÃO:</b> Ao preencher os dados bancários, informe somente conta corrente ou poupança. Não deve ser informada "conta salário"					
*NOME DO BANCO	*NÚMERO DA AGÊNCIA	*Dígito (dv)	*NÚMERO DA CONTA	*Dígito (dv)	*TIPO DA CONTA ( ) C. Corrente ( ) Poupança

**\*DEPENDENTES VINCULADOS A ESTE RESPONSÁVEL FINANCEIRO** (preencher todos os campos)

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 O RESPONSÁVEL FINANCEIRO**

- O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, bem como o grupo familiar a ele vinculado, são conhecedores, estão de acordo e reconhecem que estão integralmente 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*);
- 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 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 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 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.

**\*ATENÇÃO: São obrigatórias as assinaturas do Titular do Plano e do Responsável Financeiro**

LOCAL, DATA E ASSINATURA DO TITULAR DO PLANO	LOCAL, DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

PARA USO DA ELOSAÚDE	
Visto do digitador: _____	Protocolo: _____