**TERMO DE ADESÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiário (a) da PROMED, opto pela utilização do serviço de orientação médica on-line do Hospital Israelita Albert Einstein - o **Einstein Conecta**, nos termos de uso do ofício nº 133/2020.

Nome completo beneficiário (a) Titular:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefones:

Relação dos dependentes no PROMED, se houverem:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nome | Parentesco | Nascimento | CPF |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

Curitiba, XX de XXX de 2022.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) beneficiário (a) Titular