

**Plano para desligamento (assinale o plano no qual é inscrito e deseja se desligar - marque apenas uma opção)**

**Tipo de acomodação: ENFERMARIA**

**Tipo de acomodação: APARTAMENTO**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistência Básica 2 (reg. nº 433385/00-3)                     | <input type="checkbox"/> Assistência Superior 2 (reg. nº 705.137/99-9) |
| <input type="checkbox"/> Assistência Básica 3 (reg. nº 433.387/00-0)                    | <input type="checkbox"/> Assistência Superior 3 (reg. nº 433388/00-8)  |
| <input type="checkbox"/> Assistência Básica 4 (nº 449371/04-1)                          | <input type="checkbox"/> Assistência Superior 4 (reg. nº 449372/04-9)  |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Família Norte/Centro-Oeste Enf. (reg. 466.837/12-5) |  |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Família Nordeste Enf. (reg. nº 466.827/12-8)        |  |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Família Sudeste 1 Enf. (reg. nº: 466.835/12-9)      |  |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Família Sul Enf. (reg. nº: 466.833/12-2)            |  |

**Planos para inscrição (assinale o plano no qual deseja se inscrever - marque apenas uma opção)**

**Tipo de acomodação: ENFERMARIA**

**Tipo de acomodação: APARTAMENTO**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistência Básica 4 (reg. nº 449.371/04-1) | <input type="checkbox"/> Assistência Superior 4 (reg. nº 449.372/04-9) |
|--|--|

**Informações do Titular e/ou Pensionista (para atualização)**

Nº matrícula CAPESESP	Nº matrícula SIAPE	Nº mat. SIAPE Instituidor	Nome completo	
UF / Município de nascimento conforme registro civil		Filiação - Mãe/Pai		
Data de Admissão	Situação funcional	UPAG	Lotação	Sexo
Estado civil	Data de Nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	CPF (obrigatório)
PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de Eleitor	Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não
Endereço (Rua, nº, complemento)				
Bairro		Cidade/UF		CEP
Telefone residencial (com DDD)		Telefone comercial (com DDD)		Telefone celular/SMS (com DDD)
E-mail (1)		E-mail (2)		Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)
Banco		Agência		Conta corrente

**Informações do Dependente-agregado**

Nome completo				Parentesco	
Nome da Mãe			UF / Município de nascimento conforme registro civil		
Data de Nascimento	Sexo	Invalído <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)
PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde				Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não
RIC (Registro de Identidade Civil)		Título de eleitor		Nº da Declaração de Nascido Vivo <small>(para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>	
Telefone residencial (com DDD)		Telefone comercial (com DDD)		Telefone celular/SMS (com DDD)	
E-mail (1)		E-mail (2)		Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)	
Nome completo				Parentesco	
Nome da Mãe			UF / Município de nascimento conforme registro civil		
Data de Nascimento	Sexo	Invalído <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)
PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde				Capesaúde Urgente <input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não
RIC (Registro de Identidade Civil)		Título de eleitor		Nº da Declaração de Nascido Vivo <small>(para nascidos a partir de 01/01/2010)</small>	
Telefone residencial (com DDD)		Telefone comercial (com DDD)		Telefone celular/SMS (com DDD)	
E-mail (1)		E-mail (2)		Autorizo o envio de mensagens para: <input type="checkbox"/> E-mail (1) <input type="checkbox"/> E-mail (2)	

# Declaração

O proponente declara:

1. Ter recebido, lido e estar de acordo com o Estatuto da CAPESESP, os regulamentos do Plano de Benefícios Assistenciais e do plano contratado, o livro da rede credenciada, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde—MPS e do Guia de Leitura Contratual—GLC, em especial as seguintes condições:
  - a. Que a cobertura de Planos para os dependentes naturais (filhos, enteados, menores sob guarda e tutelados) é por prazo determinado, até 21 anos de idade, porém, que essa cobertura poderá ser estendida até 24 anos de idade, desde que o dependente seja estudante de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, solteiro e não possua rendimentos próprios, o que deve ser comprovado pelo titular, mediante apresentação na CAPESESP de ficha de pré-inscrição da patrocinadora devidamente autorizada;
  - b. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento; Eventuais alterações dos referidos documentos estarão disponíveis no site da CAPESESP ([www.capesesp.com.br](http://www.capesesp.com.br)), para atualização dos associados.
2. Estar ciente de que o Plano de saúde ora contratado é do tipo coletivo empresarial e que está recebendo, no ato da inscrição, a Tabela de valores de contribuição mensal por BENEFICIÁRIO aprovada pelo Conselho Deliberativo da CAPESESP, atualizada a cada 12 meses com base em estudos atuariais, observando-se a legislação vigente e o regulamento, e, ainda, que a coparticipação financeira dos beneficiários pela utilização dos serviços de assistência à saúde será conforme previsto nos regulamentos dos planos contratados.
3. Ter conhecimento de que, de acordo com a modalidades de plano de assistência médica escolhido, a abrangência e as coberturas, bem como demais benefícios assistenciais podem variar.
4. Ter recebido 01(uma) cópia da presente proposta de inscrição.
5. Que autoriza a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos ligados ao titular e a seus dependentes, respeitadas as questões que envolvem sigilo das informações.
6. Estar ciente de que a minha opção por esta transferência não implicará no desligamento dos benefícios da Assistência Odontológica e Capesaúde Urgente, caso haja vínculo a estes opcionais. Desejando outras manutenções cadastrais relacionadas a estes itens ou a quaisquer outros não relacionados, deverei solicitá-las através de formulários apropriados.
7. Que o titular deverá comunicar à CAPESESP, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, qualquer situação que implique em perda do direito de manutenção em qualquer um dos planos, como por exemplo, estar inscrito em outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal. No caso de descumprimento, estará sujeito às sanções regulamentares, bem como às penalidades cíveis e criminais.
8. Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade, e que está ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do regulamento poderá implicar em sanções regulamentares e penalidades cíveis e criminais previstas no artigo 299 do Código Penal e os artigos 186 e 187 do Código Civil.
9. Ter ciência de que optando pelo débito em conta o requerente deverá liberar a Autorização de Débito em um dos seguintes canais do BB, entre os dias 20 e 30 do mês subsequente ao processamento pela CAPESESP: Internet Banking; Terminais de Atendimento (Caixa Eletrônico); Central de Auto Atendimento Banco do Brasil. Segundo informações fornecidas pelo Banco, a autorização concedida à CAPESESP só será efetivada após a confirmação.

Local

Data

Assinatura (titular ou dependente-agregado do instituidor falecido)

CAPESESP (Responsável)

## Autorização para débito automático em conta corrente para Agregado de Instituidor Falecido

Desde já, AUTORIZO que seja efetuado o desconto dos referidos valores na minha conta corrente identificada na presente proposta de inscrição, ressalvada, ainda, a possibilidade de emissão de ficha de compensação para as hipóteses em que não for possível o desconto através do débito automático em conta corrente.

Local

Data

Assinatura (dependente-agregado do instituidor falecido)

CAPESESP (Responsável)