CAPESESP

Termo Conjunto de Desligamento/Inscrição

Titular, Dependente Natural e Econômico e Pensionista

Protocolo nº

ANS - nº 324477

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

Tipo de acomodação: ENFERMARIA

- ☐ Assistência Básica I (reg. nº 470313/13-8)
- ☐ Assistência Básica II(reg. nº reg. nº 475061/15-6)
- ☐ Sob Medida Norte/Centro-Oeste Enf. (reg. nº 464854/11-4)
- ☐ Sob Medida Nordeste Enf. (reg. nº 464844/11-7)
- ☐ Sob Medida DF Enf. (reg. nº 464851/11-0)
- ☐ Sob Medida Sudeste I Enf. (reg. nº 464848/11-0)
- ☐ Sob Medida Sudeste II Enf. (reg. nº 464853/11-6)
- ☐ Sob Medida Sul Enf. (reg. nº 464846/11-3)

Tipo de acomodação: APARTAMENTO

- ☐ Assistência Superior I (reg. nº 470311/13-1)
- ☐ Assistência Executiva I (reg. nº 470312/13-0)
- ☐ Sob Medida Norte/Centro-Oeste Apart. (reg. nº 464855/11-2)
- ☐ Sob Medida Nordeste Apart. (reg. nº 464845/11-5)
- ☐ Sob Medida DF Apart. (reg. nº 464852/11-8)
- ☐ Sob Medida Sudeste I Apart. (reg. nº 464849/11-8)
- ☐ Sob Medida Sul Apart. (reg. nº 464847/11-1)

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

Tipo de acomodação: ENFERMARIA

- ☐ Assistência Básica II(reg. nº reg. nº 475061/15-6)

Tipo de acomodação: APARTAMENTO

- ☐ Assistência Superior I (reg. nº 470311/13-1)

Informações do Titular e/ou Pensionista

Nº matrícula CAPESESP	Nº matrícula SIAPE	Nº mat. SIAPE Instituidor	Nome completo

Filiação - Pai	Mãe

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 ☐ Plano 1 ☐ Plano 2 ☐ Não

Endereço (Rua, nº, complemento)		

Bairro	Cidade/UF	CEP

Telefone residencial (com DDD)	Telefone do trabalho (com DDD)	Telefone celular (com DDD)

E-mail (1)	E-mail (2)	Deseja receber correspondências da CAPESESP via e-mail? ☐ SIM ☐ NÃO

Banco	Agência	Conta corrente

Informações dos Dependentes Naturais e/ou Dependentes Econômicos

Nome completo			Parentesco	

Nome da Mãe		Data de Nascimento	Sexo	Inválido ☐ SIM ☐ NÃO

Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP

Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 01/01/2010)	Capesaúde Urgente ☐ Plano 1 ☐ Plano 2 ☐ Não

Nome completo			Parentesco	

Nome da Mãe		Data de Nascimento	Sexo	Inválido ☐ SIM ☐ NÃO

Carteira de Identidade	Órgão expedidor	CPF (obrigatório)	PIS/PASEP

Cartão Nacional de Saúde	RIC (Registro de Identidade Civil)	Título de eleitor	Nº da Declaração de Nascido Vivo (para nascidos a partir de 01/01/2010)	Capesaúde Urgente ☐ Plano 1 ☐ Plano 2 ☐ Não

Importante assinar também no verso do formulário

Declaração e Consentimento

O proponente tem ciência e/ou afirma:

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. 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 de ficha de pré--inscrição da patrocinadora. Após a idade limite, o dependente perde o direito de permanência na condição de natural e, se o titular desejar, poderá optar por inscrevê-lo como dependente agregado em plano específico, mediante o pagamento do valor de tabela correspondente ao referido plano;

b. Que será necessário o cumprimento de carências nos casos estabelecidos no regulamento;

c. Que eventuais alterações dos referidos documentos estarão disponíveis no site da CAPESESP (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 da existência de que de acordo com a modalidade de plano de assistência médica escolhido a abrangência e coberturas, bem como demais benefícios assistenciais podem variar.

4. Estar ciente de que a inscrição só será considerada efetivada após processamento da proposta de inscrição e uma vez efetuadas as analises cadastral e financeira: a margem consignável deve comportar os descontos, deve haver vínculo previdencial, deve haver autorização da Patrocinadora, não pode haver débitos, devem haver proposta e documentação comprobatória, enfim, não podem haver impedimentos de qualquer ordem, inclusive em decorrência de fraude ou inelegibilidade.

5. Ter sido informado de que poderá inscrever dependentes-agregados em outras opções de planos disponíveis para este tipo de BENEFICIÁRIO, diretamente na CAPESESP, e em formulário apropriado.

6. Ter recebido 01(uma) cópia da presente proposta de inscrição.

7. 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.

8. Que em qualquer situação que implique em perda do direito do titular e/ou dependentes inscritos em qualquer um dos planos, como por exemplo, casamento, morte, estar inscrito em outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, o titular deverá comunicar a CAPESESP, uma vez que, no caso de descumprimento, estará sujeito às sanções regulamentares, bem como às penalidades cíveis e criminais.

9. 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 nos artigos 186 e 187 do Código Civil.

10. Que autoriza o desconto em sua folha de pagamento dos valores referentes às contribuições mensais para os Planos de Benefícios por mim contratados junto à CAPESESP, conforme tabela(s) e regulamento (s) do (s) Plano(s) e Produto(s) contratado(s), bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas indevidamente pelos mesmos.

11. 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 do proponente (titular)	CAPESESP (Responsável)

<u>Autorização para débito automático em conta corrente</u>

Caso não ocorra o pagamento das minhas contribuições para os Planos administrados pela Capesesp por intermédio da folha de pagamento, 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 em folha de pagamento, bem como o débito automático em conta corrente.

_____	____/____/____	_____	_____
Local	Data	Assinatura do proponente (titular)	CAPESESP (Responsável)