



# Termo Conjunto de Desligamento/Inscrição

## Titular, Dependente Natural e Econômico e Pensionista

ANS - nº 324477

Protocolo nº

### 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 I (reg. nº 470313/13-8)               | <input type="checkbox"/> Sob Medida Sul Enf. (reg. nº 464846/11-3)                  |
| <input type="checkbox"/> Assistência Básica II (reg. nº 475061/15-6)              | <input type="checkbox"/> Assistência Superior I (reg. nº 470311/13-1)               |
| <input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Essencial Nacional (reg. nº 479447/17-8)       | <input type="checkbox"/> Assistência Executiva I (reg. nº 470312/13-0)              |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Norte/Centro-Oeste Enf. (reg. nº 464854/11-4) | <input type="checkbox"/> Sob Medida Norte/Centro-Oeste Apart. (reg. nº 464855/11-2) |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Nordeste Enf. (reg. nº 464844/11-7)           | <input type="checkbox"/> Sob Medida Nordeste Apart. (reg. nº 464845/11-5)           |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida DF Enf. (reg. nº 464851/11-0)                 | <input type="checkbox"/> Sob Medida DF Apart. (reg. nº 464852/11-8)                 |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Sudeste I Enf. (reg. nº 464848/11-0)          | <input type="checkbox"/> Sob Medida Sudeste I Apart. (reg. nº 464849/11-8)          |
| <input type="checkbox"/> Sob Medida Sudeste II Enf. (reg. nº 464853/11-6)         | <input type="checkbox"/> 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

#### Tipo de acomodação: APARTAMENTO

- |                                                                              |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistência Básica II (reg. nº 475061/15-6)         | <input type="checkbox"/> Assistência Superior I (reg. nº 470311/13-1) |
| <input type="checkbox"/> CAPESAÚDE Essencial Nacional (reg. nº 479.447/17-8) |                                                                       |

### 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<br><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 do trabalho (com DDD) |                                                                                                                      | Telefone celular (com DDD) |                                                                                                                     |
| E-mail (1)                      | E-mail (2)                     | Deseja receber correspondências da CAPESESP via e-mail?<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                            |                                                                                                                     |
| Banco                           | Agência                        | Conta corrente                                                                                                       |                            |                                                                                                                     |

### Informações dos Dependentes Naturais e/ou Dependentes Econômicos

|                          |                                    |                    |                                                                            |                                                                                                                     |  |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome completo            |                                    |                    |                                                                            | Parentesco                                                                                                          |  |
| Nome da Mãe              |                                    | Data de Nascimento | Sexo                                                                       | Inválido<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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<br>(para nascidos a partir de 01/01/2010) | Capesaúde Urgente<br><input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não |  |
| Nome completo            |                                    |                    |                                                                            | Parentesco                                                                                                          |  |
| Nome da Mãe              |                                    | Data de Nascimento | Sexo                                                                       | Inválido<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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<br>(para nascidos a partir de 01/01/2010) | Capesaúde Urgente<br><input type="checkbox"/> Plano 1 <input type="checkbox"/> Plano 2 <input type="checkbox"/> Não |  |

Obs.1: Este documento só é válido impresso em frente e verso e com a assinatura do titular.

Obs. 2: O Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço [www.capesesp.com.br](http://www.capesesp.com.br).

## 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](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, se incidir, 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 análises 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. Ter ciência de que optando pelo débito em conta o requerente deverá liberar a Autorização de Débito em um dos seguintes canais dos bancos conveniados (BB ou CEF), entre os dias 20 e 30 do mês subsequente ao processamento pela CAPESESP: Internet Banking; Terminais de Atendimento (Caixa Eletrônicos); Central de Auto Atendimento. Segundo informações fornecidas pelo Banco, a autorização concedida à CAPESESP só será efetivada após a confirmação.
10. Desde já autoriza que seja efetuado o desconto dos referidos valores na sua conta corrente identificada na presente proposta de inscrição.
11. Ter conhecimento que o Regulamento deste Plano encontra-se disponível para consulta no site da CAPESESP, no endereço <http://www.capesesp.com.br>.

Local

Data

Assinatura do proponente (titular)

CAPESESP (Responsável)

### **Autorização para débito automático em conta corrente**

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)