

ÓRGÃO PATROCINADOR: _____

FICHA DE PRÉ-INScrição DE SERVIDOR NO PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

Mat. SIAPE: _____ Nome do titular: _____
Nome da mãe: _____ Dt. Admissão: _____
Situação Funcional: _____ UPAG: _____ Lotação: _____
End. Residencial: _____
Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____
Telefone Residencial: () _____ Trabalho: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____

Solicitação de Adesão e Autorização

Solicito minha adesão como Titular do Plano de Assistência à Saúde - CAPESAÚDE, firmado entre o (a) _____ e a CAPESESP, conseqüentemente, autorizo as seguintes cobranças:

- cobrança *pro rata tempore* conforme valores vigentes, a ser arrecadada juntamente com a contribuição mensal do mês subsequente à inscrição;
- contribuição mensal, minha e de meus dependentes, pelo direito ao plano CAPESAÚDE, de acordo com o percentual, pisos e tetos vigentes;
- participação no custeio dos serviços utilizados por mim ou por meus dependentes, de acordo com percentuais e tabelas vigentes.

Observações:

- (1) A inscrição só será considerada efetivada quando apresentada na CAPESESP e cumpridas as demais formalidades por ela exigidas.
- (2) Pró rata: Valor cobrado em função da quantidade de dias de direito de uso no mês da inscrição, de forma fracionária em relação ao valor total da contribuição mensal.
- (3) A inscrição de dependentes-agregados de que trata o artigo 33 da Portaria Normativa SRH/MP Nº 01/2007 deverá ser feita diretamente na CAPESESP.
- (4) A opção pelo Plano (Básico ou Superior) será feita junto à CAPESESP.
- (5) Deverão ser preenchidos formulários específicos, para apresentação à Capesesp, que poderão ser obtidos no site www.capesesp.com.br ou nas Gerências Regionais.

Termo de Responsabilidade

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro, para todos os fins legais, que me comprometo a comunicar ao (à) _____ e à Capesesp qualquer evento que implique perda do meu direito e de meus dependentes inscritos, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de trinta dias a contar da data evento.

Declaro estar ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra o compromisso declarado acima, estando passível, inclusive, de ter que ressarcir ao Erário todos os valores relativos ao *per capita* pago por esses dependentes que não possuem mais direito de inscrição ao plano de saúde em questão.

Declaro ainda, ter conhecimento quanto à disponibilidade do Estatuto e Regulamentos da CAPESESP no site www.capesesp.com.br, de cujo conteúdo tomei conhecimento, aceitando plenamente suas cláusulas e condições.

Tenho conhecimento que cumprirei os períodos de carência estabelecidos nas normas vigentes na Capesesp e no Convênio de Adesão, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência e isenções previstas.

Comprometo-me a manter o meu endereço sempre atualizado junto ao (à) _____ e à CAPESESP.

Declaro para os devidos fins de direito que não me encontro, nesta data, internado(a) em qualquer hospital ou clínica médica, para tratamento de saúde.

Local, _____ Data ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do Servidor

Uso Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a inscrição do Beneficiário - Titular, acima discriminado, para o qual o (a) _____ pagará mensalmente, o *per capita* conforme definido no convênio e/ou termo aditivo.

Local: _____, Data ____ / ____ / ____ _____
Carimbo e Assinatura da
Autoridade Competente