

ÓRGÃO PATROCINADOR: _____

FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE(S) NATURAL(IS) NO PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

Mat. SIAPE: _____ Nome do Titular: _____

Termo de Responsabilidade

Pelo presente Termo de Responsabilidade, 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.

Declaro que tenho total responsabilidade pelo(s) dependente(s) relacionado(s) abaixo, os quais foram declarados por mim para constar nos meus assentamentos funcionais, tendo sido apresentada documentação necessária para comprovação de dependência nos termos do Convênio de Adesão.

Tenho conhecimento que os beneficiários abaixo cumprirão 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.

Declaro, ainda, que o(s) beneficiário(s) relacionado(s) abaixo não se encontra(m), nesta data, internado(s) em qualquer hospital ou clínica médica para tratamento de saúde e que preencherrei junto à CAPESESP o formulário de Perfil de Saúde do(s) dependente(s) abaixo.

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

Observação: A(s) inscrição(ões) só será(ão) considerada(s) efetivada(s) quando apresentada(s) na CAPESESP e cumpridas as demais formalidades por ela exigidas, para tanto deverão ser preenchidos formulários específicos que poderão ser obtidos no site www.capesesp.com.br ou nas Gerências Regionais.

Dependente: _____

Parentesco: _____

Condição: _____

Nome da Mãe: _____

Sexo: _____

Data Insc: ____ / ____ / ____

Data Nasc: ____ / ____ / ____

Data Val: ____ / ____ / ____

Dependente: _____

Parentesco: _____

Condição: _____

Nome da Mãe: _____

Sexo: _____

Data Insc: ____ / ____ / ____

Data Nasc: ____ / ____ / ____

Data Val: ____ / ____ / ____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ _____

Assinatura do Servidor - Titular

Uso Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a(s) pré-inscrição(ões) do(s) dependente(s) acima discriminado(s).

Local: _____, Data ____ / ____ / ____ _____

Carimbo e Assinatura da
Autoridade Competente