
ÓRGÃO PATROCINADOR:

FICHA DE OPÇÃO DE BENEFICIÁRIO DE PENSÃO NO PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

Mat. SIAPE do Instituidor: _____ Nome do Instituidor: _____

CPF: _____ UPAG: _____

Mat. SIAPE: _____ Nome do Pensionista: _____

CPF: _____

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade/UF _____ CEP: _____

Telefone Residencial: () _____ Trabalho: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Termo de Opção

Pelo presente Termo de Opção, solicito minha permanência no Plano de Saúde da Capesesp, na condição de Pensionista, e conseqüentemente autorizo as seguintes cobranças:

- a) contribuição mensal pelo direito ao plano CAPESAÚDE, de acordo com o percentual, pisos e tetos vigentes;
- b) custeio dos serviços utilizados por mim, de acordo com percentuais e tabelas vigentes.

Declaro para todos os fins legais, que me comprometo a comunicar ao (à) _____, bem como à CAPESESP, qualquer evento que implique perda do meu direito, entre eles, casamento, 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 e estou ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra este compromisso.

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

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

Local, _____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura do Beneficiário de Pensão ou
Responsável Legal

Uso Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a manutenção do Beneficiário de Pensão 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