



ANS - nº 324477

Protocolo (preenchimento CAPESESP)

Nº da matrícula do CAPESAÚDE

# ALTERAÇÕES CADASTRAIS NO CAPESAÚDE

Preencher em letra de forma ou à máquina

## TITULAR

Nome completo

**MUDANÇA DE PLANO:** Desejo **TROCAR** meu plano para: ( ) **BÁSICO** - Reg. ANS: 400.394/98-2 ( ) **SUPERIOR** - Reg. ANS: 705.137/99-9

**ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO (anexar comprovante)**

CEP	Endereço (Rua, nº, complemento)		
Bairro	Cidade	UF	E-mail
Telefone residencial (DDD)	Telefone celular(DDD)		Telefone trabalho (DDD)

**CAPESAÚDE URGENTE (ver opções dos planos no verso)** ( ) **Inscrição no Plano 1** ( ) **Inscrição no Plano 2**

## DEPENDENTE

Nome completo

Sequencial

**Alterar Plano para (ver orientações no verso):**

- |  |  |
|--|--|
| ( ) <b>BÁSICA 1</b> - Reg. ANS: 400.394/98-2 | ( ) <b>SUPERIOR 1</b> - Reg. ANS: 705.137/99-9 |
| ( ) <b>BÁSICA 2</b> - Reg. ANS: 433.385/00-3 | ( ) <b>SUPERIOR 2</b> - Reg. ANS: 433.386/00-1 |
| ( ) <b>BÁSICA 3</b> - Reg. ANS: 433.387/00-0 | ( ) <b>SUPERIOR 3</b> - Reg. ANS: 433.388/00-8 |
| ( ) <b>BÁSICA 4</b> - Reg. ANS: 449.371/04-1 | ( ) <b>SUPERIOR 4</b> - Reg. ANS: 449.372/04-9 |

**OPERAÇÃO:** **AN** - Alterar nome (anexar documento) **TO** - Troca de opção de pagamento (vide verso)  
**AE** - Alterar endereço (anexar comprovante) **M** - Migração para faixa etária (vide verso)

Operação	Data de Nascimento	Sexo	Parentesco
CEP	Endereço (Rua, nº, complemento)		Bairro
Cidade	UF	Telefone residencial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<b>CAPESAÚDE URGENTE (ver opções dos planos no verso)</b>			E-mail do dependente-agregado
( ) <b>Inscrição no Plano 1</b> ( ) <b>Inscrição no Plano 2</b>			

**Boleta bancária na residência do Dependente-Agregado?** ( ) **SIM** ( ) **NÃO**  
**Carteira e comprovante na residência do Dependente-Agregado?** ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

O associado declara que, tendo pleno conhecimento dos regulamentos e normas da CAPESESP, autoriza o desconto no seu salário dos valores provenientes das alterações acima solicitadas e a emissão de boleta bancária para cobrança da mensalidade correspondente ao plano escolhido para seus dependentes-agregados, assim como se compromete em pagar até o prazo estipulado para vencimento. Em caso de não recebimento da boleta bancária, o associado deve entrar em contato com a CAPESESP para solicitação de emissão de 2ª via para pagamento.

O associado autoriza a CAPESESP a solicitar esclarecimentos profissionais sobre quaisquer dados necessários à elucidação de problemas médicos ligados ao titular e aos dependentes.

A constatação de declaração falsa implicará, para o participante, nas sanções previstas em lei.

De acordo,

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Local Data Assinatura do Titular

**CAPESAÚDE URGENTE**

<b>Plano 1</b>	Orientação Médica Telefônica 24 horas.
<b>Plano 2</b>	Orientação Médica Telefônica 24 horas; Atendimento Médico Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência (restrito a algumas cidades)

**CARÊNCIAS DO CAPESAÚDE**

24 horas para consultas e atendimentos de emergência  
 90 dias - procedimentos eletivos; exames e tratamentos com senha.  
 180 dias - internação cirúrgica de caráter eletivo  
 300 dias - partos a termo

<b>Troca de plano de Executivo para Superior ou Básico</b>	Só será processada caso o participante não tenha utilizado acomodação individual ou o Reembolso Livre Escolha do Plano Executivo nos 12 (doze) meses anteriores à data do pedido de mudança de plano.
<b>Troca de plano de Superior para Básico</b>	Só será processada caso o participante não tenha utilizado acomodação individual ou o Reembolso Livre Escolha do Plano Superior nos 12 (doze) meses anteriores à data do pedido de mudança de plano.
<b>Troca de plano de Básico para Superior</b>	Para utilização de novos tipos de acomodação, deverão ser cumpridas as carências descritas acima, assim como para o Reembolso Livre Escolha de despesas médico-hospitalares nos valores e condições do plano superior. Somente será efetuada caso o titular não possua débitos relativos à quaisquer integrantes de seu grupo familiar.

**OBSERVAÇÃO**

A alteração de plano do associado titular implica na alteração de plano de todos os seus dependentes naturais e econômicos para a mesma modalidade do titular.

**ALTERAÇÕES DE PLANO (para dependente-agregado e associados que contribuem por faixa etária)**

As alterações de plano só ocorrerá sob duas hipóteses:

- ✓ Mudança de plano para a mesma opção de pagamento (ex. Básico 3 para Superior 3 ou de Superior 3 para Básico 3) ou
- ✓ Mudança de plano para a opção de pagamento 4 (ex. Básico 3 para Superior 4 ou de Superior 3 para Básico 4)

**TO - TROCA DE OPÇÃO DE PAGAMENTO (para dependentes-agregados e associados que contribuem por faixa etária)**

Só é possível para a opção de pagamento 4. Os dependentes-agregados e os demais associados que pagam por faixa etária, passam a contribuir com tabela específica, acrescida de co-participação financeira de 30% (trinta por cento) em consultas e 20% (vinte por cento) em exames.

**M - MIGRAÇÃO PARA FAIXA ETÁRIA**

A migração para faixa etária, corresponde à opção de pagamento 4.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

**Alteração de endereço** - Comprovante de residência.

**Alteração de estado civil ou de dados pessoais** - Carteira de identidade, Certidão de casamento ou averbação de divórcio ou outro documento que comprove a alteração.

**CÓDIGOS DE ESTADO CIVIL**

<b>Código</b>	<b>Estado civil</b>
1	Solteiro
2	Casado
3	Separado judicialmente
4	Divorciado
5	Viúvo