


**ANS - nº 324477**

Protocolo

Matrícula (preenchimento CAPESESP)

## Proposta de Inscrição de Aposentado em Regime Celetista

### Tipo de Inscrição

 1ª inscrição  Nova Inscrição

### Dados Pessoais

Nome completo				
Endereço (Rua, número, complemento)				
Bairro	Cidade	CEP	UF	Telefone residencial (DDD)
Telefone celular (DDD)	Telefone trabalho (DDD)	E-mail (1)		
E-mail (2)			Deseja receber correspondências da CAPESESP via e-mail? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Estado civil	Data de nascimento	Carteira de Identidade	Órgão Expedidor	Sexo
Filiação / Pai		Mãe		
CPF (obrigatório)	PIS / PASEP	Cartão Nacional de Saúde		

### Dados Bancários

Número e nome do banco	Número e nome da agência	Conta corrente
------------------------	--------------------------	----------------

### Tipo de Plano do CAPESAÚDE

 CAPESAÚDE - ASSISTÊNCIA BÁSICA 4 - Reg. ANS: 449.371/04-1  CAPESAÚDE - ASSISTÊNCIA SUPERIOR 4 - Reg. ANS: 449.372/04-9

### Dependentes Naturais

Nome completo	Data de nascimento	Parentesco	Válido/Inválido
CPF (obrigatório)	PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde	Nome da mãe
Nome completo	Data de nascimento	Parentesco	Válido/Inválido
CPF (obrigatório)	PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde	Nome da mãe

### CAPESAÚDE Urgente

**CAPESAÚDE Urgente**  **Plano I** - Orientação Médica Telefônica 24 horas.  
 **Plano II** - Orientação Médica Telefônica 24 horas; Atendimento Médico Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência (restrito a algumas cidades).  
 **Não.**

A entrega da presente Proposta de Inscrição não implica no início imediato da vigência e cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais. A inscrição será efetivada no momento em que o requerente receber da CAPESESP, via correio, a carteira do plano de saúde, o que ocorrerá após 15 (quinze) dias da entrega desta Proposta, ressalvados os casos de pendências de apresentação de documentos e/ou existência de débitos em atraso com a CAPESESP.

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

O associado titular declara ter lido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, bem como ter pleno conhecimento dos regulamentos e normas referentes ao(s) plano(s) escolhido(s), estando ciente que a cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais para o dependente natural (filho/enteado/menor sob guarda/tutelado) é por prazo determinado, até completar 21 anos de idade.

Essa cobertura poderá ser estendida até aos 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 declaração. 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, mediante o pagamento do valor de tabela correspondente.

O associado titular se responsabiliza pelo pagamento de suas contribuições mensais e de seus dependentes, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos mesmos, tais como co-participação financeira em consultas, exames, pequenos atendimentos e internações, quando for o caso.

O proponente declara que ao assinar a presente proposta de inscrição recebeu 01 (uma) cópia desta, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais e do CAPESAÚDE, de cujo conteúdo tomou conhecimento aceitando plenamente todas as suas condições, estando cientes dos valores de contribuição. De acordo.

Local e data

Assinatura do(a) Titular ou Responsável

# Informações Importantes

## ⌘ **Quem está habilitado a se inscrever:**

Os ex-servidores que se aposentaram enquanto eram funcionários da extinta Fundação SESP.

## ⌘ **Carências do CAPESAÚDE:**

- √24h 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

## ⌘ **Documentos necessários para inscrição do titular:**

- √Formulário devidamente preenchido e assinado pelo requerente;
- √Comprovante de residência (conta de luz, água, gás, telefone ou IPTU);
- √Cópia da Carta de concessão ou Diário Oficial da Aposentadoria ou outro documento que comprove o órgão da Aposentadoria.
- √Formulário "PERFIL DA SAÚDE DOS ASSOCIADOS" preenchido e assinado.

## ⌘ **Documentos necessários para inscrição de dependentes naturais:**

- √**Perfil da Saúde do Associado** - devidamente preenchido e assinado para cada um dos dependentes.
- √**Titular** - Comprovante de residência e contracheque. Quando aposentado, apresentar Diário Oficial.
- √**Cônjuge ou ex-cônjuge** – Para cônjuge deve ser apresentada Certidão de Casamento e CPF. Para ex-cônjuge, a documentação necessária é Certidão de Casamento averbada; processo de separação, onde conste a partilha dos bens do casal e a determinação judicial sobre a responsabilidade de cada um dos cônjuges após a separação, comprovando que o titular deverá pagar a pensão alimentícia para o ex-cônjuge; cópia do contracheque onde conste o desconto da pensão alimentícia, CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde. No caso de ex-cônjuge, só será aceita inscrição caso não haja cônjuge ou companheira.
- √**Companheiro(a)** - Cédula de Identidade; Declaração do titular, subscrita por 2 (duas) testemunhas, com firma reconhecida, atestando coabitação por, no mínimo, 2 (dois) anos; CFP; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.
- √**Filhos(as) ou enteados(as) solteiros(as) menores de 21 anos** - Certidão de Nascimento do(a) dependente; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe/pai do(a) dependente, no caso de enteado(a); Declaração modelo CAPESESP do(a) titular informando o estado civil do(a) dependente (apenas entre 16 e 21 anos); CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.
- √**Filhos(as) ou enteados(as) solteiros(as), entre 21 e 24 anos** - Certidão de Nascimento do(a) dependente; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe (ou pai) do(a) dependente, no caso de enteado(a); Declaração (modelo CAPESESP) do(a) titular informando o estado civil / dependência econômica/ escolaridade do(a) filho(a) ou enteado(a) em ensino regular reconhecido pelo Ministério da Educação; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.
- √**Filhos(as) ou enteados(as) maiores inválidos(as)** - Certidão de Nascimento do(a) dependente; Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital do(a) titular com a mãe (ou pai) quando de tratar de enteado(a); Declaração (modelo CAPESESP) do(a) titular informando o estado civil e a dependência econômica do(a) dependente; laudo médico detalhado, assinado por 03 (três) especialistas, comprovando a invalidez; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.
- √**Menores sob Guarda ou Menores sob Tutela menores de 21 anos** - Certidão de Nascimento, Termo Judicial de Guarda ou Termo Judicial de Tutela em nome do titular e Declaração modelo CAPESESP do titular informando o estado civil do dependente (apenas entre 16 e 21 anos); CPF; PIS/PASEP/ Cartão Nacional de Saúde.
- √**Menores sob Guarda ou Menores sob Tutela entre 21 e 24 anos** - Certidão de Nascimento, Termo Judicial de Guarda ou Termo Judicial de Tutela em nome do titular; Declaração (modelo CAPESESP) do(a) titular informando o estado civil/dependência econômica/escolaridade do menor sob guarda ou tutelado em ensino regular reconhecido pelo Ministério da Educação; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.
- √**Menores sob Guarda ou Menores sob Tutela maiores de 21 anos e inválidos** - Certidão de Nascimento; Termo Judicial de Guarda ou Termo Judicial de Tutela em nome do titular; Declaração (modelo CAPESESP) do(a) titular informando o estado civil/ dependência econômica do(a) dependente; laudo médico detalhado, assinado por 03 (três) especialistas, comprovando a invalidez; CPF; PIS/PASEP; Cartão Nacional de Saúde.

\* CPF obrigatório para maiores de 18 anos, conforme Resolução Normativa nº.187, de 09/03/09, aprovada pela ANS.

\* PIS/PASEP e Cartão Nacional de Saúde opcionais.